Nr. 14 i 15. 9 kwietnia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Doc. dr. Jakób Rothfeld, asystent kliniki ch. nerw. Lwów.

Badania doświadczalne nad wpływem półkul mózgowych, międzymózgowia i śródmózgowia na odczyny ruchowe z narządu przedsionkowego ucha.

Z Zakładu fizjologji Uniwersytetu J. K. we Lwowie.

Sprawa lokalizacji odczynów ruchowych, wywoływanych drażnieniem błędników, jest mimo licznych badań nierozwiązaną. Badania te opierają się z jednej strony na spostrzeganiu zaburzeń w tych odruchach w przebiegu schorzeń układu nerwowego, z drugiej strony na badaniach doświadczalnych na zwierzęciu, które mają za zadanie kontrolować te wnioski, które się nasuwają ze spostrzegania klinicznego.

Pierwsze badanie doświadczalne na zwierzęciu zapoczątkowane zostały przez Barany'ego, Reicha i przezemnie.[1]) Wykazaliśmy w pracy wspólnie ogłoszonej zaburzenia w ruchowych odczynach po wycięciu lub przecięciu robaka móżdżku, po wycięciu półkul móżdżkowych i po zniszczeniu kory móżdżkowej nad robakiem. Z tego wysnuliśmy wniosek, że odczyny ku przodowi i ku tyłowi są umiejscowione w rdzeniu przedłużonym, a pozostają tylko pod wpływem móżdżku.

Sam badałem [2]) wpływ doświadczalnych obrażeń obszaru jądra Deitersa na błędnikowe odczyny ruchowe i stwierdziłem, że jądro Deitersa ma niewątpliwy udział w powstawaniu tych odruchów. Natomiast nie mogłem stwierdzić wpływu uszkodzeń jądra Deitersa na odczyn ku przodowi i ku tyłowi, co może pochodzi stąd, że uszkadzałem jądro Deitersa tylko po jednej stronie Nie jest wykluczone, że symetryczne uszkodzenia tego jądra po obu stronach spowodowałyby zaburzenia we wspomnianych odczynach ruchowych. Ta kwestja wymaga jeszcze opracowania.

Co się tyczy drogi, po której przenoszą się bodźce błędnikowe na mięśnie ciała, to stwierdziłem,[3]) że bodźce dla mięśni szyjnych przebiegają z błędnika przez przeciwległy powrózek podłużny tylny (*fasciculus longitudinalis posterior*), a dla mięśni tułowia i kończyn najprawdopodobniej przez *tractus Deitero-spinalis* po tej samej stronie.

Jakkolwiek wyniki tych badań rzucają pewne światło na ośrodkowy mechanizm powstawania odczynów ruchowych, wywoływanych z narządu przedsionkowego ucha, to jednak dalekiemi są od rozwiązania sprawy umiejscowienia. Tu należało — jak to zresztą zaznaczyłem już we wspomnianej pracy z Baranym i Reichem — zbadać odczyny ruchowe po wycięciu poszczególnych części ośrodkowego układu nerwowego: płata czołowego, skroniowego, sfery ruchowej, półkul mózgowych, międzymózgowia i śródmózgowia

Wpływ tych części układu nerwowego na odczyny ruchowe jest przedmiotem niniejszej pracy.

Metody badania zwierząt znajdzie czytelnik w pracach pod 2) i 3) przytoczonych. Muszę tu zaznaczyć, że w ciągu badań w niniejszej pracy przytoczonych, okazało się, że przy ocenianiu odczynów ruchowych nie wystarczy ocenić odczyn ruchowy jako całość, tylko że należy zwrócić baczną uwagę na odruch poszczególnych części ciała, które, dopiero razem wziąwszy, stanowią właściwy odczyn ruchowy. I tak przy odczynie ruchowym, występującym po kręceniu zwierzęcia przy poziomo ustawionej głowie, tj. przy odczynie kołowania, należy przedewszystkiem zwrócić uwagę na odczyn ruchowy głowy, na drżenie głowy (*nystagmus*), na jego nasilenie, na stosunek powolnego ruchu głowy do szybkiego; pokazało się dalej, że w warunkach prawidłowych ruch głowy przy nystagmie poziomym głowy jest ruchem złożonym, że głowa wykonuje równocześnie ruch około osi łączącej ciemię z podniebieniem — a więc zwrot i ruch około osi długiej, łączącej potylicę z pyskiem — a więc skręt. Na stosunek tych dwóch składowych należy zwracać uwagę, gdyż przy pewnych uszkodzeniach mózgu przeważa jeden ruch nad drugim i to jest punktem wyjścia niektórych zaburzeń w odczynach ruchowych. Rozłożenie każdego odczynu ruchowego na te poszczególne składowe jest, jak to niżej wykazuję, ważne dla zrozumienia tego tak bardzo skomplikowanego mechanizmu. Z tych powodów badaliśmy oddzielnie odczyny ruchowe głowy w ten sposób, że po skończonych obrotach przytrzymywano tułów, a głowę puszczano wolno; dla stwierdzenia odczynów ruchowych tułowia znowu wykonywano 10 obrotów i puszczano zwierzę całe wolno.

Dla zbadania wpływu poszczególnych części mózgu na odczyny ruchowe posługiwałem się usuwaniem operacyjnem tych części ośrodkowego układu nerwowego u królików.

Doświadczenia te obejmują następujące grupy:

1) Wycięcie półkul mózgowych bez uszkodzenia pnia mózgowego.

2) Wycięcie czołowych części półkul mózgowych.

3) Wycięcie półkul mózgowych a) z pozostawieniem wzgórka wzrokowego, b) wraz ze wzgórkiem wzrokowym, c) wraz ze wzgórkami czworaczemi.

4) Uszkodzenia pnia mózgowego bez naruszenia półkul mózgowych, uskutecznione w ten sposób, że po odsłonięciu mózgu odsuwałem półkule zapomocą szpatułki włożonej między obie półkule i wbijałem w pień mózgowy wązki nożyk Graefego. Oczywiście, że operacje te odbywały się na ślepo i dopiero badanie histologiczne wykazywało rozległość obrażenia. Doświadczenia 1—3 były wykonywane po jednej i po obu stronach.

Przed doświadczeniem badano zwierzę na krześle obrotowem, aby ustalić jakość i nasilenie fizjologicznych odczynów ruchowych. Po operacji zostawiono zwierzę jakiś czas w spokoju, potem dopiero przystąpiono do ustalenia tych objawów, które spowodował sam zabieg. Zwierzęta w przeważnej ilości przypadków obserwowano tylko przez jeden dzień; wyjątkowo zostawiano je jeszcze na 2-gi lub 3-ci dzień do badania. Zwracałem uwagę przedewszystkiem na zachowanie się zwierząt pod względem ruchowym, a więc czy zwierzę wykonuje ruchy ogólne, czy niema porażeń kończyn, czy niema zaburzeń równowagi ciała, czy ułożenie tułowia jest prawidłowe, czy ustawienie kończyn nie zbacza od ustawienia prawidłowego, czy niema wzmożonego napięcia mięśni kończyn. Dalej szczególną uwagę zwracałem na ustawienie głowy, na ruchy przymusowe głowy i takież ruchy tułowia. Dalej notowałem ustawienie gałek ocznych, wystąpienie nystagmu ocznego w spokoju i po ruchach głowy. Dopiero po ustaleniu tych objawów, wywołanych samym zabiegiem operacyjnym, przystępowałem do badania na krześle obrotowem. Po wielokrotnem badaniu i ustaleniu niewątpliwych zmian w odczynach ruchowych zwierzę zabijano, mózg wyjmowałem i utrwalałem, celem przeprowadzenia badań histologicznych.

Ogółem operowanych było 80 królików, Z powodu braku miejsca nie mogę podać w niniejszej pracy protokołów z doświadczeń i muszę się ograniczyć do podania wyników ogólnych z poszczególnych grup; protokoły ogłoszone będą w „Pflügers Archiv für die ges. Physiologie."[4])

Grupa 1.

Wycięcie półkul mózgowych bez uszkodzenia ciałka prążkowanego nie wywołuje zboczeń w odczynach ruchowych z narządu przedsionkowego ucha.

Grupa 2.

W doświadczeniach tej grupy wycięto czołowe części półkul mózgowych po jednej lub po obu stronach w ten sposób, że po usunięciu kości czołowej kilka milimetrów poza szwem ciemieniowo-czołowym i po przecięciu opony twardej przecinałem szpatułką półkulę i usuwałem jej przednią część. Zależnie od miejsca przecięcia objawy bywają różne:

Jednostronne wycięcia: a) o ile wycinamy przednią część półkuli przez ciałko prążkowane na wysokości jądra ogoniastego i soczewkowego, tam gdzie torebka wewnętrzna zaczyna się zaznaczać, to brak wszelkich zmian w odczynach; b) jeżeli cięcie jest bardziej oddalone tak, że trafia *globus pallidus* i otoczkę jądra soczewkowego (*putamen*), wtedy występuje różnica w nasileniu, drżenie głowy (*nystagmus*), a mianowicie jest ono ku zdrowej stronie ledwie zaznaczone, ku operowanej zaś silne; c) jeszcze więcej oddalone cięcie przez początki wzgórka wzrokowego powoduje brak szybkiego ruchu drżenia głowy ku stronie zdrowej, zostaje tylko powolny ruch głowy ku operowanej; drżenie głowy ku operowanej jest zachowane. Odczyn kręcenia się (*manege*) brak ku stronie operowanej.

Obustronne wycięcie części czołowych półkul mózgowych na wysokości początku wzgórka wzrokowego (jak pod c) powoduje brak szybkiego ruchu drżenia głowy, brak odczynu krę-

[1]) Barany, Reich i Rothfeld. Exper. Unters. über die vestibul. Reaktionsbewegungen an Tieren insbes. im Zustande der decerebrate rigidity. Neur. Zblt. 17 1912

[2]) Rothfeld. O wpływie doświadczalnych obrażeń rdzenia przedłużonego na odczyny błędnikowe z narządu przedsionkowego ucha. Rozp. Wyd. mat. przyrod. A. U. w Krakowie T, 54. Ser. B.,

[3]) Rothfeld. Physiologie des Bogengangapparates. Verhandl. der Gesell. der deutsch. Naturfor, u. Aerzte, Wien 1913.

[4]) Tom 192. Zeszyt 4/6.

cenia się (*manege*) ku obu stronom, obniżenie, względnie brak odczynów ku przodowi i ku tyłowi.

Grupa 3.

Grupa ta obejmuje doświadczenia, w których obok jednej półkuli mózgowej wycięto po tej samej stronie przednią część pnia mózgowego aż do wzgórka wzrokowego włącznie. Objawy po takim zabiegu są następujące:

1) występuje samoistne kołowanie ku stronie zdrowej i zwrot głowy ku zdrowej;

2) brak drżenia głowy ku stronie zdrowej, tj. brak szybkiego ruchu głowy ku zdrowej i powolnego ruchu ku operowanej; skręt głowy ku operowanej zachowany. W miejscu drżenia głowy ku zdrowej występuje skręt ku operowanej;

3) drżenie głowy ku operowanej zachowane;

4) manege ku operowanej brak; zwierzę pada ku zdrowej, manege ku zdrowej nie stale występuje;

5) odczyn padania zachowany ku obu stronom;

6) odczyn ku przodowi i ku tyłowi zachowany.

Grupa 4.

Wycięcie jednej półkuli mózgowej wraz z połową pnia mózgowego po tej samej stronie aż po śródmózgowie powoduje:

a) objawy samoistne: 1) skręt głowy ku stronie zdrowej, połączony czasem ze zwrotem głowy ku stronie zdrowej, 2) zaburzenia równowagi ciała, zwierzę pada ku stronie zdrowej, 3) zwiększenie napięcia mięśni kończyn po stronie operowanej.

b) zmiany w odczynach ruchowych: 1) brak drżenia głowy (*nystagmus*) w większości przypadków ku obu stronom po zadrażnieniu błędnika przez kręcenie przy poziomo ustawionej głowie, 2) brak odczynu kołowania (*manege*), zwierzę w przeważnej ilości przypadków pada ku stronie zdrowej, 3) odczyn padania po kręceniu przy pionowo ku górze zwróconej głowie jest silniejszy ku zdrowej, niż ku operowanej, 4) odczyn ku przodowi i ku tyłowi zaznacza się zwyczajnie tylko przez odczyn ruchowy głowy ku górze lub ku tyłowi. Badanie tych odczynów możliwe tylko przy ułożeniu zwierzęcia na stronie nie operowanej.

Z faktu niewątpliwie stwierdzonego, że w drugiej grupie doświadczeń, niszcząc ciało prążkowane aż do przedniej części wzgórka wzrokowego, wywołujemy ubytek szybkiego ruchu drżenia głowy ku stronie zdrowej, wynika, że możemy przyjąć istnienie ośrodka dla szybkiego ruchu drżenia głowy, umiejscowionego we wspomnianych miejscach. Działanie tych ośrodków jest skrzyżowane, t. zn., że lewy ośrodek powoduje szybki ruch drżenia głowy ku prawej i przeciwnie. Naznaczmy ten ośrodek dla szybkiego ruchu głowy przez Ng, a kierunek jego działania przez strzałkę (rys. 1). Zniszczenie Ng prawego powoduje zatem brak szybkiego ruchu drżenia głowy ku l e w e j; przez drażnienie błędników otrzymujemy w takim przypadku tylko powolny ruch głowy ku prawej Z tego wynika dalej, że musimy przyjąć oddzielny ośrodek dla powolnego ruchu jeden dla ruchu ku prawej, drugi ku lewej, a działanie tych ośrodków jest takie, że ośrodek powolnego zwrotu głowy po stronie prawej zwraca głowę na prawo, lewy na lewo. Naznaczmy te ośrodki literą »z«. Przyjęcie tych ośrodków zwrotu jest uzasadnione faktem, że w trzeciej grupie naszych doświadczeń, występuje po operacji zwrot głowy ku stronie z d r o w e j, czyli że pozostały ośrodek zwrotu przeważa; za istnieniem takich ośrodków przemawia i to, że w trzeciej grupie doświadczeń po kręceniu przy poziomo ustawionej głowie nie występuje zwrot głowy ku stronie operowanej tylko skręt głowy około osi długiej tj. łączącej potylicę z pyskiem, czyli że w tej grupie doświadczeń niszczymy powolny ruch drżenia głowy, a więc z w r o t ku operowanej. Przytoczony właśnie fakt, że możemy oddzielnie zniszczyć zwrot głowy, a skręt głowy jest przytem dalej zachowany i daje się wywołać przez zadrażnienie błędników, świadczy o istnieniu oddzielnego ośrodka dla z w r o t u, a oddzielnego ośrodka dla s k r ę t u głowy »s«; działanie tych



ośrodków jest takie, że ośrodek prawy skręca głowę około osi potylica-pysk ku stronie prawej, a lewy ku lewej. Przyjęcie tych ośrodków znajduje swe uzasadnienie w grupie 4. doświadczeń, gdzie przez operacyjne obrażenia pnia mózgowego wywoływaliśmy stale skręt głowy ku stronie z d r o w e j; wobec tego, że w doświadczeniach grupy 3 zniszczony był wzgórek wzrokowy, a w grupie 4 wzgórek wzrokowy i śródmózgowie po jednej stronie, należy przyjąć, że ośrodek »z« umiejscowiony jest we wzgórku wzrokowym, a ośrodek »s« w śródmózgowiu. Za istnieniem tych ośrodków przemawia także ściśle spostrzeganie odczynu ruchowego głowy u królika zdrowego: przy poziomem drżeniu głowy ruch głowy nie odbywa się w idealnej płaszczyźnie poziomej, oś długa nie leży w płaszczyźnie poziomej, tylko nachylona jest do poziomu pod kątem mniej więcej około 45°, stąd też i oś krótka głowy nie stoi pionowo i stąd ruch głowy na prawo i lewo odbywa się około dwóch osi tak, że ruchy drżenia głowy przy drżeniu poziomem są złożone ze zwrotu i skrętu. I tak przy ruchu nystaktycznym głowy, np. na lewo, występuje wraz ze zwrotem głowy równocześnie skręt głowy na prawo (prawe ucho się obniża), z czego wynika, że przy odpowiedniem drażnieniu np. przez kręcenie 10 razy w prawo przy poziomo ustawionej głowie, a więc przy drżeniu głowy ku lewej, zostaje zadrażniony ośrodek zwrotu ku prawej i skrętu ku lewej, czyli, że »z« prawy i »s« lewy mają działanie sprzężone. To równoczesne pobudzenie tych dwóch ośrodków może być wynikiem jednego i tego samego bezpośredniego bodźca, albo pochodzi stąd, że przy zadrażnieniu »z« prawego zostaje zahamowany »s« prawy, a dzięki temu przeważa »s« lewy. Jeżeli kręcimy zwierzę zdrowe przy pionowo ku górze zwróconej głowie, to przedewszystkiem zostaje zadrażniony ośrodek skrętu, a obok tego zaznacza się także zwrot głowy ku stronie przeciwnej; wtedy zostaje zahamowany ośrodek zwrotu po tej samej stronie, po której jest zadrażniony ośrodek skrętu, np. przy zadrażnieniu »s« prawego zostaje zahamowany »z« prawy, a tem samem przeważa »z« lewy.

Zobaczmy, o ile na podstawie tego schematu dadzą się wytłumaczyć zaburzenia w odczynach ruchowych stwierdzone w naszych doświadczeniach.

Najważniejszym ubytkiem, spowodowanym wycięciem czołowych części półkul mózgowych wraz z corpus striatum i przedniej części wzgórka wzrokowego jest brak szybkiego ruchu drżenia głowy. Po wycięciu jednej strony występuje po zadrażnieniu błędników przez obracanie zamiast prawidłowego drżenia głowy tylko zwrot głowy ku stronie operowanej, a brak jest szybkich ruchów ku stronie przeciwnej. Ten niewątpliwie stwierdzony fakt pozwala wnosić, że szybki ruch drżenia głowy umiejscowiony jest w corpus striatum, względnie w przedniej części wzgórka wzrokowego i to w ten sposób, że prawy ośrodek daje przy odpowiedniem drażnieniu błędników drżenie głowy ku stronie lewej, lewy ku stronie prawej. Za tem przypuszczeniem przemawiają doświadczenia z obustronnem zniszczeniem przednich części półkul mózgowych, w których brak jest szybkiego ruchu drżenia głowy ku jednej i ku drugiej stronie. Tu należy podnieść, że oczopląs nie ulega zmianie wskutek usunięcia przednich części półkul mózgowych. Drżenie głowy jest zatem niezależne od drżenia ocznego czyli, że ośrodkowy mechanizm powstawania tych dwóch, u prawidłowego zwierzęcia równocześnie, pod wpływem jednego i tego samego bodźca się zjawiających odruchów, jest zasadniczo różny.

Dalszym ubytkiem w prawidłowych odruchach, wywoływanych przez obracanie przy poziomo ustawionej głowie, jest brak odczynu kręcenia się. Nasuwa się pytanie, czy brak tego odczynu jest bezpośredniem następstwem braku czołowej części półkuli mózgowej, czy pośredniem, wskutek braku drżenia głowy. Jaki jest stosunek odczynu kołowania do drżenia głowy w prawidłowych warunkach? Na podstawie dokładnej analizy odczynów ruchowych u zwierząt, [5]) doszedłem do wniosku, że odczyn ruchowy głowy jest nieodzownie koniecznym dla powstawania odczynu ruchowego tułowia i koń-

[5]) R o t b f e l d. O wpływie ustawienia głowy na błędnikowe odczyny ruchowe u zwierząt. Rozp. Wyd. mat. przyrod. A. U. w Krakowie. T. 24. (cz. 2.) Ser. B.

czyn i że brak reakcji ze strony głowy może spowodować ubytek całego odczynu ruchowego z narządu przedsionkowego ucha. Błędnikowe odczyny ruchowe są bowiem uwarunkowane przez dwa czynniki: pierwszy, to bezpośredni wpływ bodźców błędnikowych na mięśnie tułowia i kończyn, drugi, to wpływ ruchów głowy na zmiany napięcia mięśniowego w kończynach i tułowiu. Zadrażnienie błędników powoduje z jednej strony reakcję głowy, z drugiej strony udziela się mięśniom kończyn i tułowia w ten sposób, że przyłącza się do objawów następowych, wywołanych zmianą ustawienia głowy względem tułowia. Wpływ odczynu głowy na błędnikowe odczyny ruchowe, wykazałem w ten sposób, że przeciąłem królikowi mięśnie karkowe, tak, że głowa spadała ku dołowi, a po zadrażnieniu błędnika nie mogły wystąpić ruchy głowy; odczynu kręcenia się nie było, mimo, że narząd przedsionkowy obwodowy i ośrodkowy nie był uszkodzony. Na podstawie tych badań doszedłem do wniosku, że odruch ze strony głowy jest konieczny do powstawania błędnikowego odczynu ruchowego i przyjąłem wtedy, że, gdyby z powodu przerwy w łuku odruchowym dla odczynu ruchowego głowy, odruch ten nie wystąpił, musiałyby się także ujawnić ubytki w odczynach ruchowych kończyn i tułowia. To przypuszczenie potwierdzają obecne doświadczenia, w których przez usunięcie czołowych części półkul mózgowych wraz z corp. str. i przedniej części wzgórka wzrokowego niszczymy ośrodek dla szybkiego ruchu drżenia głowy i wskutek ubytku tego odczynu ruchowego głowy brak także w tych doświadczeniach odczynu kręcenia się. Ubytek tego ostatniego odczynu jest zatem tylko pośredniem następstwem uszkodzeń odpowiednich ośrodków ruchów nystaktycznych głowy, a bezpośredniem następstwem braku odczynu ruchowego głowy.

Co się tyczy innych zmian, wywołanych wycięciem czołowych części pókól mózgowych, a mianowicie, zmian odczynów ku przodowi i ku tyłowi, to należy zauważyć, że do powstawania tych odczynów jest potrzebne w warunkach prawidłowych umiarowe działanie mięśni prawie całego ciała, głównie mięśni tułowia; w czasie odczynu ku przodowi jest kręgosłup wygięty wypukłością ku górze, w czasie odczynu ku tyłowi wypukłością ku dołowi. Jest to obok ruchu głowy — ku górze przy odczynie ku tyłowi, ku dołowi przy odczynie ku przodowi — najwybitniejszy objaw tych odczynów. Po wycięciu jednego płata czołowego prawidłowy odczyn jest o tyle zmieniony, że zwierzę zbacza, względnie zwraca się w czasie odczynu ku stronie zdrowej, tu uwidacznia się zatem pewna nieumiarowość w odczynie ruchowym, która jest wynikiem nieumiarowego napięcia mięśni tułowia, które w tym przypadku w pierwszym rzędzie wchodzi w rachubę.

W grupie 3 mamy po operacji zwrot głowy ku stronie z d r o w e j, a po zadrażnieniu błędników przez kręcenie przy poziomo ustawionej głowie brak drżenia głowy ku z d r o w e j, brak powolnego ruchu, zwrotu głowy ku o p e r o w a n e j przy zachowanym skręcie głowy ku operowanej; drżenie głowy ku operowanej jest zachowane. Mamy zatem zniszczenie ośrodka »Ng« np. prawego i »z« prawego. Brak »z« prawego tłumaczy nam zwrot głowy ku lewej, który występuje po operacji i jest wynikiem przewagi »z« lewego (rys. 2); po zadrażnieniu błędników przez kręcenie brak także zwrotu głowy na prawo, ponieważ »z« jest zniszczony czyli brak powolnego ruchu głowy na prawo, a w jego miejsce występuje skręt głowy ku prawej. Brak szybkiego ruchu głowy ku lewej tłumaczy się ubytkiem »Ng« prawego. Drżenie głowy ku prawej jest zachowane, ponieważ »Ng« lewy i »z« lewy są zachowane, a więc, w myśl powyżej wyłuszczonej teorji, drżenie głowy ku prawej może się odbyć.

Przejdźmy do 4-tej grupy doświadczeń, w których niszczyliśmy obok wzgórka wzrokowego także części śródmózgowia; jednym ze stałych objawów w tych doświadczeniach jest skręt głowy ku stronie z d r o w e j, będący wynikiem ubytku ośrodka dla skrętu głowy »s«. Obok tego stwierdziliśmy w tych doświadczeniach brak drżenia poziomego głowy k u o b u s t r o n o m mimo, że tylko jedna strona międzyi śródmózgowia była zniszczona. Przyjmijmy, że mamy zniszczone międzymózgowie i śródmózgowie po stronie prawej (rys. 3). Brak »s« prawego powoduje skręt głowy ku stronie lewej, jako wynik przewagi »s« lewego. Ta przewaga »s« lewego wpływa hamująco na ośrodek »z« lewy, który nadto dzięki ubytkowi »s« prawego traci pobudzenia, które otrzymuje w fizjologicznych warunkach dzięki sprzężonemu działaniu tych dwóch ośrodków. Brak drżenia głowy ku lewej, brak zwrotu głowy ku prawej tłumaczy się ubytkiem »z« prawego i »Ng« prawego. Brak drżenia głowy ku prawej mimo zachowania »z« lewego i »Ng« lewego, należy sobie tak tłumaczyć, że zahamowanie ośrodka »z« lewego jest tak silne, że nie może się ujawnić działanie »Ng« lewego. Jak to jeszcze niżej przy omówieniu zaburzeń przy innych doświadczeniach wykażemy, działanie ośrodka dla powolnego ruchu głowy jest nieodzownie koniecznem dla ujawnienia się działania ośrodka dla szybkiej składowej drżenia głowy »Ng«. Jeżeli np. niszczymy sam ośrodek »z«, to nie będzie drżenia głowy mimo, że ośrodek »Ng« jest zachowany. W naszym przypadku zahamowanie »z« lewego jest tak znaczne, że równa się ubytkowi tego ośrodka i skutkiem tego także i »Ng« lewy nie może być pobudzony. Za tem, że ośrodek »z« lewy jest zahamowany przez »s«, przemawia i ten fakt w grupie 4 stwierdzony, że skręt głowy ku zdrowej wywołany samym zabiegiem operacyjnym, nie daje się zmienić przez podrażnienie błędników tak, że zarówno po kręceniu 10 razy w prawo, jak i 10 razy w lewo, głowa zostaje nadal skręconą ku lewej. Aby drżenie głowy ku prawej mogło w tym przypadku wystąpić, czyli aby mogło się ujawnić działanie »Ng« lewego, musi nastąpić zwolnienie napięcia »s« lewego tak, aby głowa mogła się zwrócić ku stronie prawej; tem samem zmniejsza się zahamowanie «z« lewego, co przyczynia się do ujawnienia działania ośrodka »Ng« lewego. O ile takie zwolnienie napięcia »s« lewego jest możliwe i głowa z ustawienia wywołanego zabiegiem operacyjnym zwraca się skutkiem zadrażnienia błędników ku linji środkowej, względnie ją przekracza, to wtedy i drżenie głowy ku stronie operowanej jest możliwe, jak się o tem w szeregu doświadczeń mogłem przekonać.

Skręt głowy ku stronie zdrowej, brak zwrotu ku operowanej, brak drżenia głowy ku stronie zdrowej tłumaczy się ubytkiem wszystkich trzech ośrodków po stronie operowanej, brak drżenia głowy ku stronie zdrowej, mimo, że ośrodek dla szybkiego ruchu ku zdrowej jest zachowany, tłumaczy się zahamowaniem ośrodka zwrotu ku stronie zdrowej, który jest potrzebny dla ujawnienia działania ośrodka dla szybkiego ruchu głowy ku operowanej. Zahamowanie tego ośrodka zwrotu jest spowodowane przewagą ośrodka skrętu ku zdrowej; o ile ta przewaga da się zmniejszyć przez zadrażnienie błędników, wtedy może wystąpić drżenie głowy ku stronie operowanej. D. n.

Prymarjusz Dr. Kostrzewski. Kraków.

Zachowanie się opon mózgowo-rdzeniowych wobec surowicy obcogatunkowej.

Zachowanie się opon mózgowordzeniowych wobec surowicy obcogatunkowej i sposób stosowania surowicy przy schorzeniach wewnątrz worka opon mózgowordzeniowych, przedstawiają jedno i tosamo zagadnienie. Tę samą sprawę ujęto raz ze stanowiska fizjologji względnie patologji, drugi raz ze stanowiska terapji. Zachowanie się opon mózgowordzeniowych wobec surowicy obcogatunkowej rozstrzyga o tem, jak należy stosować surowicę, mającą swoiście działać w świetle worka opon mózgowordzeniowych, a powtóre wskazuje na to, jak należy pojmować mechanizm działania surowicy, wstrzykniętej do worka opon mózgowordzeniowych. W tem znaczeniu, znajomość przedmiotu określonego nagłówkiem pożądaną jest dla lekarza-praktyka.

Niezmienione opony mózgowordzeniowe stanowią nieprzepuszczalną ścianę między światłem naczyń krwionośnych, a wnętrzem worka opon mózgowordzeniowych, zarówno dla prawidłowych, jakoteż nieprawidłowych składników krwi (wyjątków nie uwzględniam); dotyczy to także ciał odpornościowych, czy to powstałych w danym ustroju, czy to wprowadzonych doń z zewnątrz.

W przypadkach schorzeń opon mózgowordzeniowych, stają się opony do pewnego stopnia przepuszczalne. Zależnie od własności surowicy krwi, płyn mózgowordzeniowy nabiera odpowiednich cech na skutek przechodzenia ciał, mam na myśli ciała odpornościowe więc aglutyniny, precypityny itd., z krwi do płynu mózgowordzeniowego. Schorzenie opon mózgowordzeniowych, powodujące ich przepuszczalność, nie musi wcale pozostawać w etjologicznym związku z ciałami odpornościowemi surowicy krwi, a więc i płynu mózgowordzeniowego. Jako przykład przytoczę dodatni odczyn Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym, przy braku zmian kiłowych w oponach i w układzie nerwowym środkowym. Płyn mózgowordzeniowy o takich własnościach spotykano niejednokrotnie w przypadkach gruźliczego zapalenia opon; zawsze chodziło o chorych równocześnie na kiłę, których surowica krwi dawała dodatni odczyn Wassermanna. Po tych uwagach przechodzę do właściwego przedmiotu.

Aby się przekonać, w jakiej mierze opony mózgowordzeniowe w przebiegu zapalenia nagminnego są przepuszczalne dla surowicy przeciwmeningokokowej, posługiwałem się surowicą (królika), mającą własność kłaczkowacenia (precypitowania) surowicy leczniczej (końskiej). Badania przeprowadzono na dwu chorych.

Jednemu choremu wstrzyknięto dożylnie w ciągu czterech dni 190 cm^3 surowicy przeciwmeningokokowej. W 24 godzin po ostatniem wstrzyknięciu dożylnem surowicy leczniczej, pobrano krew z żyły i równocześnie odpuszczono płyn mózgowordzeniowy przez nakłucie lędźwiowe, celem zbadania ich na zawartość surowicy końskiej. Surowicę końską wykazano w surowicy krwi chorego w rozcieńczeniu 1 : 400, zaś w płynie mózgowordzeniowym w rozcieńczeniu 1 : 10. Podane rozcieńczenia surowicy krwi i płynu mózgowordzeniowego stanowią górną granicę, do której można było jeszcze surowicę końską wykazać. Miano surowicy precypitacyjnej, oznaczane przy doświadczeniu, wynosiło 1 : 20.000, czyli surowica lecznicza w krwi chorego uległa rozcieńczeniu 1 : 50, zaś w płynie mózgowordzeniowym rozcieńczeniu 1 : 2000. Tak więc płyn mózgowordzeniowy zawierał surowicę leczniczą w 40 razy mniejszem stężeniu, niż krew chorego.

Drugiemu choremu wstrzyknięto dożylnie 90 cm^3 surowicy przeciwmeningokokowej. W 6 i w 24 godzin później pobrano krew z żyły i równocześnie odpuszczono płyn mózgowordzeniowy przez nakłucie lędźwiowe. W ten sposób pobrany materjał badano na zawartość surowicy końskiej w jednym i tymsamym dniu, zapomocą jednej i tejsamej surowicy precypitacyjnej. W surowicy krwi chorego, pobranej zarówno w 6, jak w 24 godzin po dożylnem wstrzyknięciu surowicy leczniczej, wykazano surowicę końską aż do rozcieńczenia 1 : 400. Natomiast w płynie mózgowordzeniowym, pobranym w 6 godzin po zastosowaniu surowicy przeciwmeningokokowej, surowicy końskiej nie wykazano wcale. Dopiero płyn mózgowordzeniowy odpuszczony w 24 godzin, licząc od wstrzyknięcia dożylnego, wykazał surowicę końską, ale tylko do rozcieńczenia 1 : 2. Miano surowicy precypitacyjnej oznaczane przy doświadczeniu wynosiło 1 : 30.000, czyli surowica końska uległa rozcieńczeniu w krwi chorego 1 : 75, zaś w płynie mózgowordzeniowym 1 : 15.000. Płyn więc mózgowordzeniowy zawierał w 200 razy większem rozcieńczeniu surowicę leczniczą, niż pobrana równocześnie surowica krwi chorego. Jeszcze raz, a mianowicie w 6 dni po zastosowaniu surowicy leczniczej, badano krew i płyn mózgowordzeniowy równocześnie pobrane od chorego, na zawartość w nich surowicy końskiej. Stwierdzono wtedy surowicę końską w surowicy krwi chorego do rozcieńczenia 1 : 200, zaś w płynie mózgowordzeniowym do rozcieńczenia 1 : 5. Wobec tego, że miano surowicy precypitacyjnej, tym razem użytej, oznaczone przy doświadczeniu, wynosiło 1 : 200.000, surowica końska w surowicy krwi chorego znajdowała się w rozcieńczeniu 1 : 1000, zaś w płynie mózgowordzeniowym w rozcieńczeniu 1 : 40.000. W płynie więc mózgowordzeniowym surowica lecznicza była w 40 razy mniejszem stężeniu, niż w surowicy chorego. W ciągu pięciu dni, które dzielą badanie pierwsze od drugiego, stosunek między zawartością surowicy końskiej we krwi chorego, a zawartością jej w płynie mózgowordzeniowym zmienił się znacznie na korzyść płynu mózgowordzeniowego. W badaniach tych posługiwano się dwiema różnemi surowicami precypitacyjnemi, daleko od siebie stojącemi pod względem wysokości miana, ale to jest rzeczą drugorzędną. W powyższych bowiem wynikach chodzi nie o ilości bezwzględne, ale o stosunek między zawartością surowicy leczniczej w surowicy krwi chorego z jednej, a w płynie mózgowordzeniowym z drugiej strony.

Surowica lecznicza wprowadzona dożylnie, nie rozdziela się więc równomiernie na krew i płyn mózgowordzeniowy, lecz przechodzi z krwi do płynu mózgowordzeniowego tylko w bardzo skąpej mierze. Wprost olbrzymie ilości surowicy leczniczej wypadałoby wprowadzać do krwiobiegu, by przy przedstawionej przepuszczalności opon dla surowicy obcogatunkowej, można było w płynie mózgowordzeniowym osiągnąć takie stężenie surowicy, jakie się stara utrzymywać Lewkowicz przy leczeniu swoistem nagminnego zapalenia opon. Lewkowicz w swym sposobie leczenia, głośnym w świecie naukowym daleko poza granicami kraju, opiera się na znanych badaniach Bujaka. Bujak wykazał *in vitro*, że surowica przeciwmeningokokowa działa najsilniej bakterjobójczo w rozcieńczeniu 1 : 30 — 1 : 10, a w myśl tego postępuje Lewkowicz przy leczeniu chorych.

Przepuszczalność opon mózgowordzeniowych dla surowicy obcogatunkowej badałem u chorych na nagminne zapalenie opon. Przychodzi na myśl, w jakiej mierze jakość, a w jakiej mierze nasilenie schorzenia opon, wpływa na ich przepuszczalność. W tych warunkach jednak, jakie spotkałem u dwu omówionych chorych, trudno przypuszczać, by surowica swoista stosowana śródżylnie, mogła w sposób swoisty leczniczo działać w obrębie worka opon mózgowordzeniowych.

Tak ma się sprawa przepuszczalności opon mózgowordzeniowych dla surowicy obcogatunkowej z krwi do płynu mózgowordzeniowego.

A jak się zachowuje przepuszczalność opon mózgowordzeniowych dla surowicy obcogatunkowej w odwrotnym kierunku, tj. z płynu mózgowordzeniowego do krwi?

W tym kierunku własnego doświadczenia nie posiadam, więc przytaczam badania Bujaka. W dociekaniach swych nad zachowaniem się surowicy obcogatunkowej wprowadzonej dokomorowo lub nardzeniowo, Bujak u pięciu z pośród chorych zbadał krew na zawartość surowicy końskiej. Oto najważniejsze dane z wyników, które Bujak podaje:

1) *Tetanus.* W 41 godzin po zastosowaniu surowicy przeciwtężcowej dokomorowo, stężenie surowicy końskiej w płynie mózgowordzeniowym i surowicy krwi są sobie równe a w 88 godzin, licząc od zastosowania surowicy leczniczej, krew chorego zawiera w 30 przeszło razy większem stężeniu surowicę końską, niż płyn mózgowordzeniowy.

2) *Mening. cer. spin. epidem. + Bac. influenzae.* W $1^1/_2$ godziny po zastosowaniu surowicy śródczaszkowo, znajdują się znaczne ilości surowicy końskiej w krwi chorego, zaś w $3^1/_2$ godziny z 35 cm^3 surowicy zastosowanej jak wyżej podano, 30 cm^3 znajduje się we krwi chorego, a tylko 5 cm^3 w płynie mózgowordzeniowym.

3) *Meningitis tbc.* W 5 godzin po wstrzyknięciu surowicy nardzeniowo, płyn wydobyty z komór mózgowych i surowica krwi okazują w temsamem stężeniu surowicę końską.

4) *Meningitis tbc.* W 20 godzin po zastosowaniu surowicy nardzeniowo, płyn mózgowordzeniowy w komorach zawiera surowicę końską w 3 razy większem stężeniu niż krew.

5) *Mening. tbc.* W 3 godziny po wstrzyknięciu surowicy nardzeniowo, w płynie z komór mózgowych surowica końska znajduje się w 3 razy większem stężeniu, niż w surowicy krwi. Bujak więc wykazał, że surowica obcogatunkowa, wstrzyknięta do worka opon mózgowordzeniowych, dostaje się w znacznej ilości, już po kilku godzinach, do krwiobiegu, bez względu na przyrodę schorzenia opon. Zarówno w doświadczeniach Bujaka, jak i moich, posługiwano się jedną i tą samą metodą badania. Porównanie zaś wyników otrzymanych w jednych i drugich badaniach wykazuje bardzo wielkie różnice między nimi. Skoro zaś tak jest, należy przyjąć, że przepuszczalność opon mózgowordzeniowych dla

surowicy obcogatunkowej jest inna z krwi do płynu mózgowordzeniowego, a inna w kierunku odwrotnym, t. zn. z płynu mózgowordzeniowego do krwi.

Opony bronią wnętrza worka opon mózgowordzeniowych przed napływem surowicy obcogatunkowej, krążącej we krwi, i naodwrót opony umożliwiają szybkie przechodzenie do krwi surowicy obcogatunkowej, wstrzykniętej do wnętrza worka opon mózgowordzeniowych.

Z tego zachowania się opon, tak wielce różnego, a pozostającego w związku z tem, czy surowica obcogatunkowa znajduje się zewnątrz, czy wewnątrz światła worka opon mózgowordzeniowych, wynikają następujące wnioski:

1) Stosowanie surowicy leczniczej zewnątrz worka opon mózgowordzeniowych, w celu zadziałania w sposób swoisty na sprawę chorobową we wnętrzu worka opon mózgowordzeniowych, jest sposobem nieodpowiednio dobranym.

2) Surowica lecznicza, wstrzyknięta do wnętrza worka opon mózgowordzeniowych, aczkolwiek w celu swoistego tylko i miejscowego działania, działa przecie równocześnie ogólnoustrojowo i nieswoiście. Z worka opon mózgowordzeniowych dostaje się surowica do krwiobiegu. Jako białko obcogatunkowe, jest surowica bardzo silnym bodźcem, który ze strony ustroju powoduje różnorakie odczyny. Przychodzi do stanu, zwanego odpornością; przychodzi więc i do stanu nadwrażliwości. (Przypominam opisany przez Tempkę, przypadek śmierci z powodu »natychmiastowego odczynu«). Ale obok tego przychodzi do pewnej bliżej nam nieznanej przemiany w czynnościach ustroju, przemiany, w następstwie której w schorzeniach o niekorzystnym przebiegu może nastąpić zwrot korzystny. Z owej własności białka obcogatunkowego, wywoływania tego rodzaju zmiany w czynnościach ustroju, korzysta w ostatnich latach sztuka lekarska, stosując »proteinoterapję«. Ze sprawą zaś »proteinoterapji« łączy się znów ściśle zagadnienie: jaki udział przypada działaniu swoistemu, a jaki działaniu nieswoistemu, w leczniczej wartości surowicy swoistej.

Piśmiennictwo:

1) Bujak: Rozp. Wydz. mat.-przyr. Akad Um w Krakowie Ser. B. T. LVIII. 1919. — 2) Bujak: Przegl Lek. 1919 Nr. 29. 3) Jahnel: Arch. f. Psychiatr. T. LVI. — 4) Kafka: Zeitschr. f. g. Neur. u. Psychiatr. T. VI. — 5) Lewkowicz: Przegl. Lek. 1916. Nr. 1. i 2. — 6) Lewkowicz: Przegl. Lek. 1917 Nr. 43. — 7) Lewkowicz: Przegl. Lek. 1919 Nr. 16, 17. i 18. — 8) Lewkowicz: Przegl. Lek. 1920 Nr. 3. — 9) Tempka: Przegl. Lek. 1919 Nr. 15.

Ludwik Fleck. Lwów.

O pewnej statystycznej okresowości przy durze powrotnym.

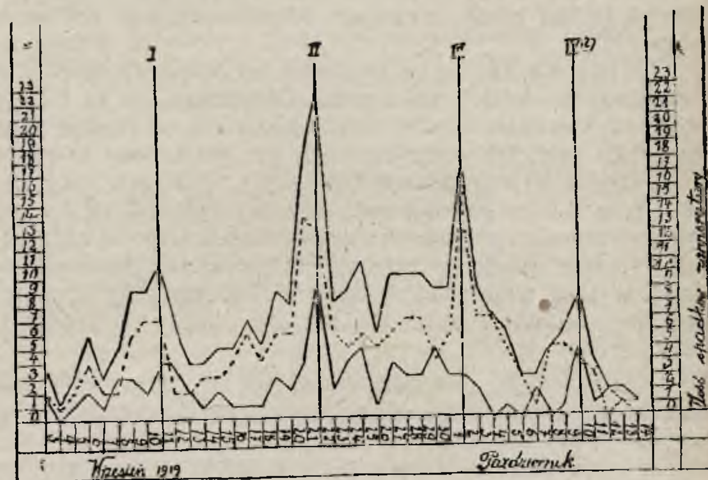
Pracując w wojskowym szpitalu epidemicznym zauważyłem, że koniec napadu duru powrotnego wypada nieraz u wielkiej liczby chorych równocześnie. Zdarzało się, że jednego dnia spadała ciepłota u 19·5% chorych, podczas kiedy średnia dzienna ilość spadków wynosiła zaledwie 6·5%.

Takie dnie maximum spadków powtarzały się regularnie co mniej więcej 8—11 dni. We wrześniu 1919 miały one miejsce 1, 11, 22 dnia tego miesiąca, a w październiku 2, 10 itd.

Aby sprawę tę ściślej stwierdzić, zebrałem statystykę z około 120 przypadków bakterjologicznie stwierdzonych i nie powikłanych i wykreśliłem załączone krzywe.

Krzywe 1. do 3 przedstawiają ilość spadków ciepłoty dziennie w czasie od 3. IX. 1919 do 14. X. 1919.

Obliczyłem, że wielkość spostrzegawczego błędu wynosi dla pierwszych trzech z tych krzywych spadków ciepłoty $^1/_5$, tj. że na 10 danych tej statystyki jest co najwyżej jedna wątpliwa. Ten błąd spostrzegawczy pochodzi z pomyłek w kartach gorączkowych, a także możliwie z przeoczonego powikłania stanu chorobowego. Miarodajne są jedynie wahania krzywej większe od interpolowanej i pozbawionej błędu na dany dzień wartości o conajmniej $\pm 0·1$ wzniesienia krzywej. Ponieważ średnia maximum jest od średniej ogólnej około 2 razy większa (w pierwszej krzywej 15|7, po uwzględnieniu błędu conajmniej 13·5|7·7) a od średniej minimum około cztery razy większa, więc przypadkowość wahań, wynikła z błędu spostrzegawczego, jest już na pierwszy rzut oka prawie wykluczoną. Śledziłem tę regularność od sierpnia 1919 do grudnia 1919, ale zbieranie kart gorączkowych do statystyki napotykało na pewne trudności, nie mogę więc podać krzywych za ten cały czas. Przytem spadło nasilenie epidemji duru powrotnego tak, że szpital nie posiadał równocześnie więcej, niż kilkadziesiąt przypadków.



Krzywe 1. 1, 2. i 3.

Krzywa l. 1. (grubsza linja ciągła) podaje ilość spadków ciepłoty wspólnie dla jeńców i żołnierzy.
Krzywa l. 2. (przerywana linja) podaje tę ilość u jeńców.
Krzywa l. 3. (cieńsza linja ciągła) odnosi się do żołnierzy.
I., II., III. i IV. (?) maximum spadków.

Krzywa pierwsza pokazuje ilość przesileń duru bez względu na to, który napad właśnie się kończył i jest wspólną dla jeńców i żołnierzy. Okresowość jej jest wyraźną: pierwsze maximum wypadło 11. września i wykazuje 11 spadków ciepłoty (po uwzględnieniu błędu 9·9—12·1), podczas gdy interpolowana wartość między 10. a 12. września wynosi $\frac{9+6}{2} = 7·5$. Błąd $\pm 0·1 \times 7·5 = \pm 0·75$, więc prawdopodobna ilość spadków na 11. września, gdyby spadki te były równomiernie rozłożone, leży w granicach 6·8—8·2. Wzniesienie krzywej jest więc poza obszarem samego błędu spostrzegawczego.

Następne maximum miało miejsce 22/IX. tj. dokładnie po 11. dniach. Od 19/IX. do 3/X. średnia spadków jest trochę większą od ogólnej, bo wynosi 11·7. Przyczyną tego jest większa ilość chorych w tym okresie. Jest to niewątpliwie błędem statystyki, która powinna przez cały badany okres opierać się o jednaką ilość chorych, nie mogłem jednak tego osiągnąć. Błąd ten daje się wyrównać, jeśli w odpowiednim stosunku zmniejszymy wzniesienie krzywej w tym odcinku. Maximum z 22/IX. wynosiłoby $23 \times \frac{6}{11·7} = 11·8$, gdzie liczba 6 jest średnią dla odcinka od 6. do 18. września. Wzniesienie tego maximum odpowiada więc prawie dokładnie wzniesieniu poprzedniego.

Następne, trzecie maximum wypada 2/X., tj. po dziesięciu dniach, i jest nieco niższe, znowu stosownie do zaczynającego się obniżenia poziomu krzywej w tem miejscu. Co do czwartego maximum, które na rysunku wypada 10/X. tj. po 8 dniach, to trzeba uwzględnić gwałtowne opadanie krzywej, oznaczające, iż w okresie tym za mało przypadków wciągnięto do statystyki. Dlatego zbyt małe wzniesienie szczytu nie może być uważane za sprzeciwiające się badanej regularności, tem bardziej, że leży ono w każdym razie poza obszarem błędu: wartość interpolowana na 10|X. 4·5—5·5, maximum 8·1—9·9.

Oprócz maximów widać na krzywej wyraźnie minima, przypadające na 14/IX., 26/IX., 6/X., tj. w przybliżeniu co 11 dni.

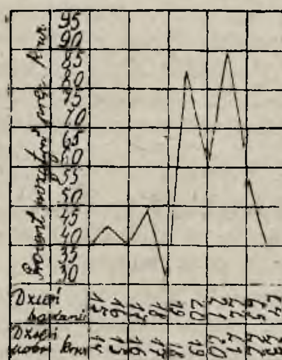
Krzywa druga podaje rozmieszczenie spadków ciepłoty w tym samym okresie wśród jeńców, przybywających do szpitala z jednego źrodła zakażenia (stacja zborna jeńców). Stąd specjalna wartość tej krzywej. Okresowość i tu wyraźna, najwyższe wzniesienia prawie ściśle do mniejszej ilości badanych przypadków proporcjonalnie mniejsze. Drugie maximum przesunięte częściowo z 22/IX. na 21/IX. Czwartego maximum nie widać zupełnie, krzywa w tem miejscu gubi się z powodu za małej ilości przypadków. Gdyby okresowość badana pochodziła z jakiegoś falowania śródła infekcji, należałoby oczekiwać, że obszar maximum będzie w tej krzywej węższy niż w pierwszej, tj. że krzywa będzie miała ostrzejsze wzniesienia, tego jednak nie widać.

Krzywa trzecia pochodzi od żołnierzy, więc z najrozmaitszych źródeł zakażenia. Okresowość i tu zupełnie wyraźna, stosunek między średnią ogólną, a średnią maximum taki sam, jak w poprzednich (1 : 2). Krzywa ta pochodzi z około 40 przypadków, należałoby więc jednostkę rzędnej około 3 razy powiększyć, aby wygląd był jej taki, jak krzywej pierwszej. Stąd wrażenie płaskości, jakie krzywa ta robi. Trzecie maximum przesunięte na 30/IX., poprzedzający okres wynosi więc tylko 8 dni. W każdym razie krzywa ta dowodzi, że okresowość badana nie zależy od źródła zakażenia.

Aby znaleźć ewentualny związek tej okresowości z poszczególnemi napadami duru powrotnego, wykreśliłem następnie krzywe szczegółowe, wspólne dla jeńców i żołnierzy, a oddzielne dla napadu pierwszego, drugiego i trzeciego. Krzywych tych nie zamieszczam. Tu błąd spostrzegawczy jest około dwa razy większy z powodu trudności oznaczenia, z którym napadem mamy do czynienia, bo wielu chorych przebywa pierwszy napad poza szpitalem. W każdym razie wzniesienia leżą poza obszarem błędu. Proporcje między maximum i minimum ilości przesileń są te same.

Krzywa pierwszego napadu gubi się po 30/IX., co stąd pochodzi, że karty gorączkowe chorych, którzy po 30/IX. mieli pierwszy napad, nie doszły do mnie w czasie zbierania statystyki, ponieważ chorzy ci zostali dopiero w drugiej połowie listopada wypisani. Z podobnej przyczyny gubią się krzywe drugiego i trzeciego napadu w kierunku na lewo, bo karty chorych, którzy wtedy mieli drugi lub trzeci napad, nie były mi już dostępne.

W każdym razie krzywe te wykazują: 1) że okresowość badana zachodzi także dla każdego poszczególnego napadu, bo każda krzywa tworzy co najmniej dwa maxima, tj. że okresowość ta jest niezależną nietylko od miejsca, ale i od czasu zakażenia; 2) że okresy dla wszystkich napadów w przybliżeniu pokrywają się.



Krzywa 1. 8.
Odsetek dodatnich wyników badania krwi przesyłanej na krętki Obermayera w okresie maximum spadków ciepłoty.

Krzywa ósma przedstawia odsetek dodatnich wyników badania krwi przesyłanej w okresie od 15. do 24.IX. (górne daty na rysunku) do pracowni tego samego szpitala w celu zbadania jej na obecność krętków Obermeiera Okazuje się, że krzywa ta wykazuje wzniesienie podobne do wzniesienia krzywej pierwszej, ale szersze i przesunięte na lewo. Ponieważ preparaty przychodzą do pracowni dzień po pobraniu, więc przesunięcie to jest właściwie jeszcze o 24 godzin większe i należy odczytywać dolne daty.

To przesunięcie i nagły przyrost dodatnich preparatów są zgodne ze spostrzeżeniem, że najczęściej spotyka się krętki we krwi w ostatnie 3 dni napadu aż do 12 godzin przed przesileniem, dlatego około dwa dni przed maximum spadków i sam dzień tego maximum dają w pracowni największy odsetek dodatnich preparatów. Jeśli maximum dodatnich preparatów zaczyna się w pracowni 20-go, to około 22-go należy oczekiwać maximum spadku ciepłoty. Naturalnie konieczne są pewne warunki, aby statystykę taką można było przeprowadzić: po pierwsze muszą zawsze ci sami lekarze zarządzać pobieranie krwi do badania i kierować się przytem faktycznem podejrzeniem na dur powrotny, bo tylko wtedy wpływ „niepotrzebnie" posłanych preparatów będzie stale ten sam i na rachunek nie wpłynie. Po drugie cały obraz epidemjologiczny nie powinien w badanym okresie uledz jakimś nagłym zmianom. Po trzecie wreszcie badanie w pracowni musi się odbywać zawsze tą samą metodą, przez te same osoby i z tą samą starannością, Ponieważ wszystkie te warunki miały miejsce w wymienionym szpitalu w tym okresie, uważam, że ta statystyka dodatnich preparatów, która i w dalszych okresach tak się przedstawiała, w wysokim stopniu potwierdza istnienie badanej okresowości.

Krzywa siódma[1]) przedstawia dzienną ilość wzniesień ciepłoty wspólnie dla jeńców i żołnierzy i bez względu na napad. Za dzień wzniesienia ciepłoty uważam dzień przekroczenia 37° C. Granice błędu są dla tej krzywej znacznie większe, niż dla poprzednich, obliczam je na około $+ \frac{1}{4}$ tj. według dokładnego, krytycznego rozważenia przy łóżku chorego i kontroli pomiarów ciepłoty doszedłem do przekonania, że na cztery dane tej statystyki wzniesień co najwyżej jedna jest wątpliwą. Obszar błędu wynosi więc $\frac{1}{2}$. To duże zwiększenie w porównaniu z krzywemi 1–3 pochodzi stąd, że znacznie łatwiej jest przeoczyć wzniesienie się temperatury przy durze powrotnym, które jest znacznie mniej gwałtowne i widoczne, niż krytyczny spadek. Pozatem oznaczenie początku wzniesienia jest nieraz trudne, bo zwłaszcza u dłużej chorujących zdarzają się różne kilkugodzinne lub jednodniowe zwyżki temperatury do 37° C i ponadto. Wreszcie zmniejsza wartość tej krzywej w porównaniu z krzywą pierwszą i to, że statystyka ta zawiera mniej wzniesień, niż tamta spadków. Pochodzi to stąd, że większość chorych przyjmowana była do szpitala już z gorączką. Liczba wzniesień wynosi tu tylko 161, podczas kiedy spadków było 302.

Krzywa wzniesień przedstawia liczne wahania. Średnia maximum wynosi 6·5, średnia ogólna 4. Stosunek więc gorszy, niż w poprzednich.

Po uwzględnieniu większych, niż tam, granic błędu ma się średnia maximum do średniej ogólnej, jak 4·9 do 5, to znaczy, że wzniesienia te stoją w obszarze błędu. Naturalnie wykaże to rachunek i dla każdego poszczególnego wzniesienia. N p. pierwsze wzniesienie wypada 19/IX. i wynosi 11, po odliczeniu błędu 8·25—13·75, interpolowana wartość na ten dzień 7, z dodaniem błędu 5·25—8·75. Wzniesienie to stoi więc w obszarze błędu prawdopodobnego a ponieważ jest tak i z innemi, krzywa nasza przedstawia więc właściwie tylko wahania błędu i równomierny prawie przyrost chorych w okresie 14—19/IX.

Co do wzniesień ciepłoty, nie widać więc żadnej takiej regularności, jak przy spadkach. Gdyby ona istniała w podobnym stopniu, jak co do spadków, to nawet przy tym zwiększonym błędzie dałaby się wykazać. Że jej jednak niema jest zupełnie zrozumiałem. Ponieważ długość trwania napadu duru powrotnego jest zmienna, również zmienia się długość okresów międzynapadowych, więc jedynie jeśli nie istnieje żadna regularność co do początku napadu, może koniec jego wypadać w regularnych odstępach czasu. Co do owych krzywych wzniesień, to muszę nadmienić, że zbierałem i tu możliwie dokładne dane statystyczne analogicznie

[1]) Niezamieszczona.

do krzywych 2—6, ale zawsze z wynikiem takim, jak przy krzywej 7.

Uważam więc, że statystyka ta, o ile z powodu zbyt małej ilości przypadków nie udowodniła z całą ścisłością istnienia omawianej okresowości, to w każdym razie zwraca naszą uwagę na zjawisko, że istnieje prawdopodobnie 8—11 dniowy okres, w ciągu którego tak są rozłożone przesilenia duru powrotnego, że przez 3—4 dni zdarzają się dziennie u około 3 razy większej ilości chorych, niż przez każdy z pozostałych 4—8 dni. Najczęściej przytem jest jeden dzień najliczniejszych i jeden najnieliczniejszych spadków, przyczem w ten pierwszy zdarza się około 4 razy tyle przesileń, co w ten ostatni. Okresowość ta istnieje dla wszystkich napadów. Przyczyna jej nie leży ani w czasie ani w źródle zakażenia Są nią albo jakieś biologiczne własności krętków albo też jakieś okresowe, synchroniczne, zmiany w samym ustroju człowieka, albo oba czynniki razem. Jeden z tych dwóch czynników udałoby się może wykluczyć, gdyby udało się ułożyć taką samą statystykę dla jakiejkolwiek innej choroby z krytycznym spadkiem ciepłoty np. pneumonia croup. Okazałoby się, czy tu zachodzi również jakaś okresowość i czy długość okresu jest taka sama.

Znaleziona okresowość przy durze powrotnym daje się w dwóch kierunkach wyzyskać Po pierwsze dla rozpoznania duru powrotnego. Każda podejrzana w tym kierunku choroba jest 3 razy prawdopodobniej durem powrotnym, jeśli spadek krytyczny wypadł w okresie maximum, niż gdyby był wypadł w inne dnie. Okres daje się naturalnie zawsze z góry obliczyć, o ile się poprzednie maximum znalazło.

Więc jeżeli lekarz został 22 IX. zawezwany do chorego podejrzanego na dur powrotny i znalazł stan bezgorączkowy, a rodzina podaje, że ciepłota wśród takich a takich objawów 21/IX, spadła, to *ceteris paribus* jest około 3 razy prawdopodobniejszem, iż ma do czynienia z durem powrotnym, niż gdyby ten spadek ciepłoty był nastąpił 20/IX. Tak samo, jeśli przesilenie nastąpiło 14/IX, to *ceteris paribus* jest blisko 1·5 razy prawdopodobniejsze, że podejrzana choroba nie jest durem powrotnym, niż gdyby była nastąpiła w inny dzień.

Nie należy lekceważyć wartości rozpoznawczej tego rodzaju danych. Przecież odczyn Widala w słabych rozcieńczeniach daje też tylko pewne prawdopodobieństwo. Mimo to, gdyby silniejsze rozcieńczenia były niemożliwe, nie zaniechanoby go.

Po drugie da się ta okresowość wyzyskać dla rokowania. Mając stwierdzony dur powrotny, możemy w przybliżeniu przewidzieć, kiedy napad się skończy. Jeśli maximum ma wypaść 22-go, to już kilka dni przedtem mogliśmy się spodziewać, że większość napadów skończy się 22-go a tylko u mniejszości chorych, którzy zaczęli gorączkować 20. i 21., przesilenie wówczas nie nastąpi.

Często spostrzegałem nawet przeciąganie się napadu, który trwał dłużej, niż zwykle, by dosiągnąć dokładnie do okresu maximum, lub też urywanie się w dzień maximum napadu, który rozpoczął się trzy dni przed nim. Dla leczenia salvarsanem, a i dla rokowania wogóle, nie jest takie obliczanie prawdopodobnej długości trwania napadu obojętne.

Dr. Tadeusz Załęski, prym. szpit. pow. Tarnów.

Przypadek piorunującej posocznicy nieningokokowej, przebiegającej bez zajęcia opon mózgowych.

Według odczytu w Krakowskiem Towarzystwie lekarskiem dnia 18. stycznia 1922.

Zagranicą całokształt sprawy zakaźnej meningokokowej opracowany jest bardzo dokładnie we wszystkich szczegółach, w polskiem piśmiennictwie lekarskiem natomiast sprawami meningokokowemi pozaoponowemi prawie wcale się nie zajmowano. Wobec tego pozwalam sobie opisać przypadek piorunującej posocznicy meningokokowej, przebiegającej bez zajęcia opon mózgowych, który spostrzegałem w maju zeszłego roku w Płocku w szpitalu dla chorób zakaźnych.

Chora Anna S. 22 l. z obozu wojsk rosyjskich generała Bałachowicza, internowanych w Płocku Zachorowała nagle 16. maja; do tego czasu była zdrową i wesołą. W dniu, w którym zachorowała, czuła się dobrze, miała apetyt i podczas obiadu zjadła dużo suszonych grzybów. Nagle o 9-tej wieczorem dostała silnych dreszczy, łamania w całem ciele i gwałtownego bólu głowy. O 10-tej wymioty; w wyrzuconej treści niestrawione grzyby, co wywołało przypuszczenie, że zatruła się grzybami. Ciepłota 39,8°; tętno bardzo częste; chorą ogarnął niepokój i niewytłumaczony lęk i przeczucie bliskiej śmierci. Nazajutrz stan chorej się pogorszył. Ciepłota 40,1°; w dalszym ciągu bóle i łamania w całem ciele i bóle głowy; przytomna. O 6-tej rano zauważono na twarzy i całem ciele chorej drobne brunatne i większe sine plamy, które z każdą niemal chwilą zwiększały się co do ilości. O 2-giej popołudniu chorą przyniesiono do płockiego szpitala dla chorób zakaźnych.

Status praesens: Chora dobrze zbudowana i odżywiona. Odrazu uderza niezwykły wygląd chorej. Twarz, kończyny górne i dolne i całe ciało obrzmiałe i pokryte sińcami tak gęsto rozrzuconemi i zlewającemi się ze sobą, że chora robi wrażenie mocno pobitej kijami. Przy dokładnem obejrzeniu tych plam zauważono, że są one dwojakiego rodzaju. Pierwszy stanowią niewielkie, wyraźnie zarysowane wybroczyny w samej skórze, wielkości od ziarnka prosa do ziarnka grochu, barwy ciemnobrunatnej. Wybroczynami temi, podobnemi do dużych petechji zasiana dość gęsto cała skóra. Występują one na tle plam drugiego rodzaju, dużych, sino-marmurowych o rozpływających się zarysach. Plamy te powstały wskutek głębokich, podskórnych wynaczynień, przepajających krwią tkankę podskórną i skórę i dających obraz zwykłych sińców, powstałych od urazów, tylko bardziej rozlanych i nierównomiernie zabarwionych. Obrzęk twarzy, kończyn i tułowia powstał również wskutek tych obfitych wynaczynień i przepojenia skóry i tkanki podskórnej krwią i osoczem. Spojówki gałek ocznych nastrzykane o naczyniach bardzo rozszerzonych, ale bez wybroczyn. Na dostrzegalnych śluzówkach wybroczyn nie dopatrzono. Krwotoków z nosa, jelit, pęcherza i narządów płciowych nie było.

Całe ciało wrażliwe. Najlżejsze dotknięcie, najmniejsze poruszenie wywołuje silne bóle. Szczególną bolesność chora odczuwa w stawach. W kończynach górnych i dolnych parestezje: chora odczuwa mrowienie i przenikliwy chłód, szczególniej w kończynach dolnych. Bardzo wyraźne znieczulenie kończyn o typie obwodowym.

Świadomość zupełna. Odpowiada z trudnością, ale przytomnie. Sztywności karku niema. Objawów Kerniga i Brudzińskiego wobec bolesności kończyn stwierdzić nie można. Język wilgotny, obłożony. Łaknienia niema, pragnienie nieznaczne. Ciepłota 39,9°. Tętno bardzo częste i nikłe, nie daje się obliczyć z powodu obrzęku rąk. Oddech częsty, 42 na minutę. Odruchy źrenicowe prawidłowe. Słuch bez zmian. Płuca bez dostrzegalnych zmian. Tony serca bardzo słabe. Granice serca przesunięte w prawo i w lewo. Stolca nie było. Mocz ciemny, wysycony. Białko 0,15 pro mille. Cukru, żółci i urobiliny nie znaleziono. Indykan zwiększony. Odczyn dwuazowy Ehrlich'a ujemny. W osadzie płaskie komórki nabłonkowe, poszczególne leukocyty, komórki nabłonka nerkowego w niewielkiej ilości, czerwone ciałka krwi w dość znacznej ilości i pojedyncze wałeczki szkliste.

Przy badaniu krwi znaleziono znaczną leukocytozę 32.600 leukocytów w ccm.. Zwiększona ilość obojętnochłonnych leukocytów i dużych jednojądrzastych. Na zabarwionych mazankach ze krwi wykryto w dużej ilości dwoinki, podobne do gonokoków, gramem ujemne i znajdujące się przeważnie wewnątrz leukocytów; niektóre z nich leżą jednakże i swobodnie między czerwonemi ciałkami krwi. Każdy dziesiąty lub piętnasty leukocyt zawiera w sobie dwoinki w ilości jednej pary do 20—30 par w niektórych. Dwoinki znajdują się nietylko w wielojądrzastych leukocytach, ale i w dużych jednojądrzastych.

Ponieważ rozpoznanie wahało się między posocznicą gonokokową i meningokokową, u chorej były zbadane narządy płciowe, w których jednakże nie wykryto żadnej sprawy ropnej. Przy nakłuciu lędźwiowem otrzymano 20 ccm. płynu zupełnie przejrzystego, nie zawierającego większej ilości białka i dającego odczyn na cukier. W osadzie poszczególne lymfocyty i trochę czerwonych ciałek krwi. Drobnoustrojów w płynie nie znaleziono. Płyn zasiany do buljonu z płynem puchlinowym pozostał, jak się później okazało, jałowym Odczyn strątowy Vincent'a (3 krople surowicy z 50 kroplami płynu) z surowicami djagnostycznemi przeciwmeningokokowemi A i B (z Państwowego Zakładu Epidemjologicznego w Warszawie) dał wynik ujemny.

Krew, wzięta z żyły w przegubie łokciowym w ilości 10 centymetrów sześciennych, zaszczepiono w buljonie z płynem puchlinowym i na agarze z tymże płynem.

O 6-tej wieczorem chora umarła z powodu porażenia serca. Cały przebieg choroby trwał 21 godzin. Sekcja ze względów ode mnie niezależnych nie mogła być wykonaną.

Nazajutrz, 18-go maja, krew, zaszczepiono w buljonie i na agarze, dała obfitą hodowlę dwoinek, podobnych do gonokoków, ale tworzących również tetrady i barwiących się gram-ujemnie.

Hodowla została przeszczepiona na agar z płynem z opuchliny jamy brzusznej i na agar Dopter'a i Koch'a z cukrem gronowym i maltozą z czerwienią oboj. Po 20 godzinach wyrosła na agarze puchlinowym obfita hodowla dwoinek, z którą wykonano

odczyn aglutynacyjny z surowicami aglutynującemi przeciwmeningokokowemi A i B w rozczynach 1:50, 1:100 i 1:200. Po 2 godzinach pobytu w cieplarce przy 37°C odczyn aglutynacyjny wypadł wyraźnie dodatnio tylko dla surowicy antimeningokokowej typu A we wszystkich trzech próbówkach (miano surowicy było 1:400). Surowica przeciwmeningokokowa dla szczepu B, sklejania dwoinek nie dała. W hodowlach, które wyrosły na pożywkach Dopter'a i Koch'a, nastąpiło zaczerwienienie podłoża i w probówkach z cukrem gronowym i z maltozą.

A więc wyhodowana ze krwi chorej dwoinka była meningokokiem Weichselbaum'a typu A, a sprawa chorobowa przez nią wywołana, posocznicą meningokokową o przebiegu piorunującym — *septicaemia meningococcea fulminans cum purpura*, jednakże bez zajęcia, opon mózgowych.

W tym czasie w Płocku i jego okolicach panowała niewielka epidemja nagminnego zapalenia opon mózgowych i w miejscowym szpitalu dla chorób zakaźnych leczyło się na tę sprawę 5 osób. W 4 z tych przypadków wyhodowano z płynu mózgowo-rdzeniowego meningokoka typu A. Odwirowany zaś płyn mózgowo-rdzeniowy tychże 4 chorych dawał wyraźny odczyn strątowy Vincent'a z djagnostyczną surowicą przeciwmeningokokową typu A i ujemny z surowicą dla typu B. A więc przypadek posocznicy meningokokowej u chorej S. nie był w tej miejscowości odosobnionym przypadkiem sprawy meningokokowej.

Przypadek ten zasługuje na uwagę nie tylko dlatego, że jest to pierwszy przypadek czystej posocznicy meningokokowej, spostrzegany w Polsce, ale i dla tego, że w nim meningokoki zostały znalezione bezpośrednio we krwi chorej bakterjoskopicznie na zwykłych mazankach ze krwi, fakt, który, o ile mi wiadomo, nie był dotąd zaznaczony w piśmiennictwie lekarskiem.

W tezie M. Dauge[1]) »*les formes septicémiques de la méningite cérébrospinale*«, wydanej w końcu 1921 r. i obejmującej całe piśmiennictwo francuskie poświęcone tej sprawie i ważniejsze prace w innych językach, wyliczone są poszczególne narządy, w których znajdowano u różnych chorych meningokoki, a więc wyhodowywano je z ognisk plamicowych i spostrzegano bezpośrednio w rozszerzonych naczyniach włosowatych skóry, wyciętej z ognisk plamicowych (Netter i Salanier, Muir, Sharpe, Renault i Cain, Pick i inni); miano stwierdzić ich obecność w płynie opryszczek (P. Durand); często znajdowano je przy zajęciach jam surowiczych w wysiękach ropnych, a więc najczęściej w stawach (Josias, Fronz, Gwyn, Lenhartz, Netter i inni) i w ropniakach opłucnej (Loisiieur i Monsiols); w różnych przypadkach zajęcia wsierdzia (Weichselbaum i Gohn, Schottmüller, Claude i Bloch, Teissier i inni); w ogniskach ropnych w nerkach (Westenhöffer); w moczu przy zapaleniu najądrza (Pick, Lancelin); w żółci (Weichselbaum) i w wydzielinach spojówki (Sainton i Bosquet). Znajdowano je również w zawartości oskrzelików przy bronchopneumoniach meningokokowych (Dr. Mendelsowa[2]) i nawet w wydzielinach ropnych cewki moczowej w jednym przypadku meningokokowego zapalenia opon mózgowych. Ze krwi wyhodowywano meningokoki wielokrotnie i dotąd jest to jedyny pewny sposób rozpoznania posocznic meningokokowych. Nigdzie, jednakże, w piśmiennictwie lekarskiem nie spotyka się wzmianki o tem, żeby meningokoki zostały wykryte bezpośrednio we krwi przez zastosowanie zwykłej metody bakterjoskopicznej tak, jak wykrywają się np. pasorzyty zimnicze przy zimnicy, krętki Obermeier'a przy durze powrotnym, lub laseczki Yersin'a przy ciężkich postaciach dżumy. Martini i Rhöde[3]), badając hodowle meningokoków, otrzymane w buljonie, w którym była zaszczepiona krew chorego na posocznicę meningokokową, spostrzegali meningokoki wewnątrz ocalałych w buljonie leukocytów, które wyglądały »jak gonokoki w wydzielinach rzeżączkowych«, jednakże nic nie wspominają o tem, by wykryli je bezpośrednio we krwi chorego. Brak ten w tak licznych i dokładnych badaniach, jakie były stosowane przy sprawach meningokokowych, jest tem bardziej zadziwiający, że w moim przypadku meningokoki były we krwi w bardzo dużej ilości i spostrzegałem je niemal w każdem polu widzenia. A przecież mój przypadek nie może być wyjątkiem.

Dotąd ogniska plamicowe w skórze przy posocznicach meningokokowych były zwykle uważane za zatory naczyń włosowatych skupieniami ciałek ropnych. Wobec, jednakże, wykrycia przy tem zakażeniu tak wielkiej ilości zarazków we krwi, należałoby zmiany plamicowe tłumaczyć przyczynami czysto septycznemi (w znaczeniu *bacteriaemia)* a nie septycznoropnemi (w znaczeniu *pyaemia*). Można je porównać prędzej z plamicami przy ospie krwotocznej lub innych chorobach zakaźnych o przebiegu piorunującym, niż z zatorami skórnemi przy umiejscowionych sprawach ropnych.

W przyszłości należy zwrócić baczniejszą uwagę na bezpośrednie bakterjoskopiczne badanie krwi przy nagminnem zapaleniu opon mózgowych, a także w przypadkach podejrzanych o czyste posocznice meningokokowe. W ciężkich przypadkach posocznicy meningokokowej, przebiegającej z plamicą i wysypkami rumieniowemi, odnalezienie meningokoków we krwi zapewne nie będzie przedstawiało trudności, bo zarazek jest we krwi w dużej ilości. Przy lżejszych zaś postaciach ogólnego zakażenia meningokokowego wyszukanie meningokoków będzie trudniejsze, ale, ponieważ meningokoki krążą w ustroju przeważnie w leukocytach, nawet w tak złośliwej postaci posocznicy, jaka była w moim przypadku, to należy robić poszukiwania w skupieniach leukocytów (np. rozpuszczając czerwone ciałka krwi i odwirowując leukocyty).

Niedawno Weill i Colaneri[4]), badając przypadek posocznicy gonokokowej, znaleźli gonokoki w ropie *abscès de fixation*, którą dotąd uważano zawsze za jałową. Oznaczałoby to, że do ogniska ropnego aseptycznego przywędrowały leukocyty, które pochłonęły gonokoki gdzieindziej. Wobec tego należałoby w przypadkach podejrzanych o zakażenia meningokokowe, wywoływać umyślne ropnie i w ich ropie szukać meningokoków.

Drugą osobliwością mojego przypadku jest ta okoliczność, że w nim sprawa meningokokowa przebiegała bez zajęcia opon mózgowych. Przypadków takich, jednakże, spostrzegano już wiele i nie należą one do zjawisk bardzo rzadkich. Przy udoskonaleniu zaś metod rozpoznawczych niewątpliwie będą one spostrzegane jeszcze częściej.

Dotąd ze spraw meningokokowych najbardziej charakterystyczną i łatwą do rozpoznania była sprawa oponowa — ropne zapalenie opon mózgowych. To też ona była najpierw ustalona jako oddzielny obraz kliniczny i przez dłuższy czas była uważaną za sprawę pierwotną, a wszelkie inne umiejscowienia meningokoków za sprawy przerzutowe, wtórne. Jednakże obecnie poglądy nasze na całokształt sprawy meningokokowej po przebytej ewolucji uległy znacznej zmianie i zaczyna się ustalać następny pogląd:

Meningokoki wywołują duże epidemje nieżytów górnych dróg oddechowych, szczególniej w okolicy nosowo-gardłowej. Zarazek udziela się zdrowym od chorych albo »roznosicieli« bezpośrednio, lub przez zakażenie kropelkowe. Skupienia ludzi ułatwiają zakażenie. Zajęcie błon śluzowych bywa najczęściej nieznaczne. Czasem, jednakże, sprawa staje się poważniejszą; występują zapalenia gardła, przebiegające z gorączką i nalotami; ogromna większość tych zachorzeń kończy się wyzdrowieniem i tylko w niewielkim stosunkowo odsetku meningokoki dostają się ze śluzówki do krwi i tu, albo ulegają zniszczeniu, albo stają się przyczyną nader poważnych spraw, które mogą być podzielone na cztery grupy.

Do pierwszej grupy zaliczamy zwykłe nagminne zapalenie opon mózgowych, przebiegające bez widocznego udziału innych narządów, jak dawniej mówiono, bez powikłań. Sprawy te zaliczają się do stosunkowo dobrotliwych postaci zakażenia meningokokowego; jedynie umiejscowienie sprawy czyni ją niebezpieczną. Zapalenie to zwykle i u dzieci i u dorosłych występuje nagle bez objawów poprzedzających. A więc obecność meningokoków we krwi, która, według naszych poglądów, powinna była poprzedzać zapalenie opon mózgowych, przebiegała w tych przypadkach skrycie. Przyczyny tego są nam dotąd nieznane. Może dla tego, że dwoinki meningokokowe, które nadzwyczaj łatwo ulegają fagocytozie, krążą w ustroju wewnątrz leukocytów, a z przykładu zimnicy wiemy, że pasożyty, znajdujące się wewnątrz komórek, nie wywołują ogól-

nego odczynu ustroju. Dopiero w komorach mózgowych (prof. Lewkowicz), albo płynie mózgowo-rdzeniowym, dwoinki zostają z leukocytów zwolnione, zaczynają się rozmnażać i wtedy występują znane nam objawy zapalenia opon mózgowych. Znamy już cały szereg obserwacyj, kiedy w płynie mózgowo-rdzeniowym znajdowano meningokoki w ogromnej ilości i czystej hodowli, kiedy ciałek ropnych w płynie jeszcze nie było, a objawy oponowe już wystąpiły (L. Pape i Guy Laroche[5]).

Do drugiej grupy zaliczamy te przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowych, w których do objawów zapalenia opon, występujących nagle bez poprzedzających zwiastunów, dołączają się objawy zajęcia innych narządów, a nieraz całego ustroju, a więc sprawy ropne w jamach surowiczych (stawach, opłucnej, osierdziu), gałce ocznej, płucach i ogólne zakażenie krwi, połączone z bólami w stawach, wysypkami rumieniowemi i plamicowemi i krwotokami ze śluzówek. Dawniej mówiono, że zapalenie opon zostało powikłane przerzutami. Dziś wiemy, że pierwotnym objawem w tych przypadkach jest ogólne zakażenie krwi, bakterjemja meningokokowa, a zapalenie opon i inne umiejscowienia zarazka są sprawami wtórnemi, powstałemi wskutek poprzedzającej bakterjemji. Przypadki te należą do ciężkich zakażeń meningokokowych i dają gorsze rokowanie, niż grupa pierwsza.

Przykładów tych pierwszych 2 grup nie będę przytaczał, gdyż są one ogólnie znane

Trzecia grupa spraw meningokokowych ma już inny przebieg. Zapalenie opon mózgowych i tu jest spostrzegane, ale poprzedzane ono bywa innemi umiejscowieniami meningokokowemi, trwającemi przed wystąpieniem objawów oponowych od kilku dni do kilku tygodni, a nawet miesięcy. Tu objawy ogólnego zakażenia ustroju lub spraw umiejscowionych ropnych, poprzedzają sprawę oponową.

Pierwszy taki przypadek był ogłoszony w 1905 roku przez Martini i Röde[6]). W tym przypadku u chorego wystąpiły najpierw objawy ogólnego zakażenia ustroju. Posiew krwi dał hodowlę meningokoków i dopiero na 7 dzień u chorego wystąpiły objawy zajęcia opon mózgowych.

Od tego czasu była ogłoszona spora ilość spostrzeżeń, w których jakaś sprawa meningokokowa poprzedzała zajęcie opon: a więc zapalenie płuc odskrzelowe meningokokowe u dzieci (Göppert), zapalenia wsierdzia (Hochhaus), ropne opłucnej (Loiseleur i Mensiols) i szczególniej posocznice (Netter). Na posiedzeniu z dnia 2 lutego r. z. Łódzkiego Towarzystwa lekarskiego Dr. Mendelsowa[2]) miała odczyt o 3 przypadkach ogólnego zakażenia meningokokowego. W 2 z nich zapalenie opon mózgowych było poprzedzone dwustronnem zapaleniem płuc; na sekcji w drobnych oskrzelikach wykryto meningokoki. W przypadku Rist i Poris'a[7]) plamica poprzedzała zajęcie opon mózgowych prawie na miesiąc.

Do czwartej, wreszcie, grupy zaliczamy te przypadki zakażeń meningokokowych, które przebiegają zupełnie bez udziału w sprawie opon mózgowych. Są to przeważnie posocznice meningokokowe.

Pierwszy, zdaje się, Netter[8]) spostrzegał taki przypadek w 1909 r. u osoby, która podczas pielęgnowania siostry, chorej na nagminne zapalenie opon mózgowych, dostała gorączki, połączonej z plamicą, krwotokami jelitowemi, wysypkami rumieniowemi i bólami w stawach. Objawów oponowych nie było. Chora została wyleczona zastrzykiwaniami surowicy przeciwmeningokokowej.

Od tego czasu ogłoszono cały szereg podobnych przypadków, szczególnie częstych w czasie ostatniej epidemji meningokokowej i podczas wojny. Netter i Debré[9]) mogli na podstawie przypadków, spostrzeganych przez siebie i ogłoszonych przez innych autorów, ustalić ogólny obraz chorobowy posocznicy meningokokowej. Głównymi objawami tej posocznicy są: 1) gorączka o typie przerywanym, wrzekomo zimniczym; 2) bóle i obrzęki stawów, przypominające ostry gościec stawowy i 3) wysypki rumieniowe i plamicowe. Przebieg tych posocznic może być gwałtowny, wówczas przebiegają one pod postacią plamicy krwotocznej i powodowują śmierć w przeciągu kilku dni, a nawet kilku godzin. Inne przebiegają daleko łagodniej, trwają kilka tygodni, najczęściej przypominają ostry gościec stawowy albo dur brzuszny i zwykle kończą się wyzdrowieniem. Większość tych posocznic zostaje nierozpoznana.

Do grupy posocznic o przebiegu gwałtownym trzeba oczywiście zaliczyć i mój przypadek. Kilka takich spostrzeżeń było opisane w piśmiennictwie zagranicznem. Przytoczę jedno takie spostrzeżenie, bardzo zbliżone do mojego i opisane przez Gruber'a i Fanny Kischensteiner[10]).

M. K. 20 lat. zachorował nagle nad ranem. Bóle głowy i wymioty. Tegoż dnia przywieziony do szpitala w ciężkim stanie. Zapalenie spojówek. W nozdrzach zaschnięte strupki krwi. Na twarzy i całem ciele wybroczyny od wielkości ziarnka prosa do 5 fenigowej monety barwy ciemnej, bronzowo-czerwonej. Granice wybroczyn nieprawidłowe Język obłożony. Oskrzela i płuca bez zmian. Działalność serca nieprawidłowa; częste extrasystole. Tętno nikłe, miękkie. Odurzenie. Kernig niewyraźny. Przeczulenie całego ciała. Nakłucie lędźwiowe: płyn przejrzysty bez leukocytów i bakteryj. Zastrzyknięto 40 centym. sześć. surowicy nardzeniowo. Jednocześnie zasiano krew na agarze. Wyrosła czysta hodowla meningokokowa. W parę godzin po zastrzyknięciu surowicy przemijająca osutka pokrzywkowa. Ilość wybroczyn w skórze zwiększa się; występują nowe ciemne czerwono-sine i blado sine plamy.

Nazajutrz niezuaczna poprawa tętna. Niektóre wybroczynki zmniejszyły się. Twarz i całe ciało przepojone wynaczyniami. Obok niektórych wybroczyn skórnych wystąpiły pęcherzyki z surowiczą zawartością. O 5-tej popołudniu drugie nakłucie lędźwiowe. W osadzie niema ani leukocytów, ani bakteryj. Nowy posiew krwi na agarze pozostał jałowym. W moczu białko. Odczyn dwuazowy Ehrlich'a ujemny. O 10-tej wieczorem śmierć. Na sekcji: opony makroskopowo nie zajęte, przy drobnowidowem badaniu wykryto rozpoczynające się zapalenie opon. Ogólne zmiany septyczne. W jednym ze stawów ropa, w której znaleziono meningokoki.

Posocznice meningokokowe o łagodnym przebiegu także są opisane przez wielu autorów. Wymienię tylko Oettingera, P. L. Marie, Heber i Bloch'a[11]), a z niemieckich autorów Lauffenstein'a[12]). Trwają one długo, kilka tygodni nieraz, przebieg ciepłoty jest nieprawidłowy, przerywany, wrzekomo-zimniczy, występują bóle i obrzęki stawów, osutki rumieniowe i plamicowe nieraz ledwie dostrzegalne. Posocznice te są bardzo trudne do rozpoznania, które może być ustalone jedynie na podstawie badań bakterjologicznych.

Leczenie posocznic meningokokowych było dotąd tylko swoiste. Stosowano surowice przeciw meningokokowe, a także szczepionki: stock- i auto-wakcyny.

Netter, jak już wspomniałem, wyleczył swoją chorą zastrzykiwaniami surowicy nardzeniowo. Chociaż u jego chorej zajęcia opon nie było, a tylko objawy ogólnego zakażenia ustroju, jednakże nastąpiło wyzdrowienie. Chevrel i Bourdinière[13]) w swoim przypadku stosowali z dobrym skutkiem surowicę dożylnie. Monziols i Loiseleur[14]) zastrzykiwali surowicę podskórnie i jednocześnie do wysięku ropnego w opłucnej. Barbier[15]) i Teissier[16]) zastrzykiwali swoim chorym surowicę loco dolenti — do ropni stawowych, a Cantonnet[17]) przy ciężkiem meningokokowem zapaleniu rogówki dostosował miejscowe wkraplanie surowicy. Ostatniemi czasy Mery i Girard[18]), a także Sergen, Pruvost i Bordet[19]) leczyli swoich chorych z dobrym wynikiem wielowartościowemi szczepionkami (stock-wakcynami). Leczenie surowicą w ich przypadkach pozostało bez skutku. Bourges, Bouillier i Jobard[20]) wyleczyli swojego chorego auto-wakcyną.

Swoistego leczenia w moim przypadku nie zdążyłem zastosować z powodu zbyt szybkiego przebiegu choroby.

Piśmiennictwo.

1) M. Dauge. Les formes septicémiques de la meningite cérébrospinale. These de Paris 1921 r. Str. 70--71. 2) Dr. Mendelsowa. Trzy przypadki ogólnego zakażenia meningokokowego. Odczyt w Towarzystwie Lekarskiem Łódzkiem. Polskie czasopismo lekarskie 1921 r. Nr. 4 str. 67. 3) Martini i Röde. Ber. Klin. Woch 1905 r. Nr. 32. 4) Weill et Colaneri. Bull. et Mém. de Soc. Méd. des Hopitaux de Paris. 1921 r. str. 695. 5) Le Pape et Guy Laroche. Soc. Méd. des Hopit. de Paris 5 mai 1916 r. 6) Martin i Röde loc. cit. 7) Rist et Paris. Archives génerales de Méd. 23. II. 1904. 8) Netter Acad. de Médicine 27. VII. 1909 r. 9) Netter et Debré. La méningite cérébrospinale. Paris. Mass. Edit. 1911 r. 10) Gruber und Fanny Kirschensteiner. Ergebnisse der in. Med. u. Kinderh. kde.

T. XX. 1917 r.[11]) przytoczono według Bourges I. Roneillier et Jobard. Soc. Méd. des Hopitaux de Paris. 1921 r. str. 1001. [12]) Lauffenstein. Medic. Klin. 1921 r. Nr. 47. str 1439. [13]) Chevrel et Bourdiniere. Soc. Me. des Hopitaux de Paris 29 lipca 1910 r. [14]) Monziols et Loiseleur Soc. Méd. des Hopitaux de Paris. 25 luty 1910 r. [15]) Barbier. Soc. Méd. des Hopitaux de Paris 7 maja 1910 r [16]) Teissier. Soc. Méd. des Hopitaux de Paris 21 maja 1910 r. [17]) Cantonnet. Société d'ophtalmologie de Paris. 1909 r. [18]) Mery et Girard Bullet. de l'Acad. de Méd., octobre 1915 r. [19]) Sergent, Pruvost et Bordet. Soc. Méd. des Hopitaux de Paris, 26. maja 1920 r [20]) Bourges, Bouillier et Jobard. loc. cit.

Dr. Maksymiljan Blassberg. Kraków.

O tak zwanem „zaziębieniu".

Przez »zaziębienie« rozumiemy taką zmianę ciepłoty, względnie krótkotrwałe działanie zimna na organizm, które wywołuje skutki chorobotwórcze, szkodliwe dla zdrowia. Kiedy się jednak staramy rozglądnąć bliżej w tem pojęciu i rozpatrzeć, jakie działanie zimna potrzebne jest, czy to ilościowo, czy jakościowo, do wywołania zaziębienia i jakiemi drogami ono się odbywa, jeżeli chcemy odróżnić to, co nazywamy w medycynie działaniem zimna, od tego, co nazywamy powszechnie »zaziębieniem« czyli »przeziębieniem«, to napotykamy na nieprzezwyciężone trudności. W żadnej może innej dziedzinie medycyny nie splotły się ze sobą istotne fakta i pojęcia naukowe tak silnie z codziennemi pojęciami laików, o charakterze dogmatycznym, a często wręcz o cechach bezkrytycznego zabobonu, jak w tej właśnie.

Działanie zimna na ustrój składa się z dwóch czynników. Jednym jest działające zimno, a drugim odczyn ustroju na zimno działające Czynnikiem zimnym, działającym na ustrój, może być atmosfera powietrzna, otaczająca ziemię, dalej woda, deszcz, śnieg i inne opady atmosferyczne, następnie mgły, opary i wilgoć, a w końcu zimne zabiegi lekarskie, zapomocą których działa się na ustrój. Częścią ustroju najbardziej wystawioną na działanie zimna jest skóra, na drugiem miejscu stoją jamy wewnętrzne, do których przenikać ono może, bądź za pośrednictwem skóry, bądź przez naturalne otwory ciała, jak usta, nos, uszy i tp. Zimno działające na ciało ludzkie napotyka w niem na ustrój wysoce zróżniczkowany, który ma własną ciepłotę prawie stałą, wahającą się w nieznacznych granicach, a co najważniejsze, ma własną organizację, wytwarzającą ciepło i regulującą jego granice. Materjału palnego dostarcza, jak wiadomo, przewód pokarmowy w postaci pokarmów, przyczem miechy, jakiemi są płuca, wysysają z powietrza tlen potrzebny dla spalania żywności, a wytworzone ciepło narząd krążenia rozprowadza po całym ustroju. Aby w ustroju nie nagromadzało się zbyt dużo ciepła, skóra i płuca przez promieniowanie, wydzielanie i parowanie oddają nadmiar ciepła. Nadto przy automatycznej regulacji ciepła wchodzą w grę ośrodki nerwowe, regulujące ciepło drogą bezpośrednią lub pośrednią przez nerwy naczynioruchowe oraz gruczoły, bądź przyśpieszające, bądź zwalniające tempo przemiany materji. W końcu przyrodzony popęd samozachowawczy nauczył człowieka zapomocą mieszkania, bielizny, ubrania i pościeli chronić się przed utratą własnego ciepła.

Samo działanie zimna jako takiego jest faktem naukowo stwierdzonym, choć zakres jego działania i drogi nie są jeszcze dotąd dobrze znane. Że np. hemoglobinurja paroxymalis powstawać może pod wpływem silnego zimna, działającego choćby na ograniczoną powierzchnię ustroju, nie ulega wątpliwości. Tak samo znane są doświadczenia Pasteura, robione na kurach, które są odporne wobec zakażenia bakterjami wąglika, natomiast zanużone stopami i tylną częścią ciała na dłuższy czas do zimnej wody podlegają temu zakażeniu. Wiadomo jest też, że wilgotność otaczającego powietrza i środowiska, wilgotność np. klimatu, może silnie oziębiać ciało, przeszkadzać parowaniu i prowadzić do oziębienia powierzchni ciała, a głównie kończyn, i do odmrożeń. Petenkoffer jeszcze w r. 1865 wykazał np., że jeżeli z mokremi pończochami wejdziemy z pola do suchego i ciepłego pokoju, to natychmiast występuje w pokoju parowanie, które może ciału odebrać znaczną ilość ciepła. Trzy łuty t. j. 38.4 gr. wełny pończochowej z łatwością wsiąka tyle wilgoci, że dla ususzenia ich stopa musi oddać ilość ciepła, która wystarczałaby do ogrzania ćwierci litra wody od 0, aż do punktu wrzenia lub do stopienia przeszło 250 gr. lodu. Według badań naukowych głównie szkodliwem jest działanie zimna przez zaburzenie urządzenia, regulującego ciepło własne ustroju, a którego najdalej idącym skutkiem jest śmierć ze zmarznięcia. W pośrodku między zdrowiem a śmiercią ze zmarznięcia jest cały szereg zmian i szkodliwości, wynikłych z ujemnego działania zimna, zmian, które są bądź ograniczone bądź ogólne. Przy działaniu tem wchodzi w grę zarówno konstytucja i odporność danego ustroju, jak stopień oraz czas trwania zimna, które osłabiają lub porażają prawidłową zdolność reakcji ustroju i wywołują postępującą utratę ciepła aż do porażenia. Współdziałają tu wszystkie czynniki fizykalne, obniżające ciepłotę bezpośrednio lub pośrednio, np. przez wpływ na parowanie i promieniowanie lub wywołując bezpośrednie anemizowanie tkanki i miejscowe zmiany następowe. Jak dalece w tej dziedzinie medycyna daleką jest jeszcze od stwierdzenia faktycznego stanu rzeczy, tego przykładem jest śmierć ze zmarznięcia. Otóż dla wytłómaczenia jej istoty powstało niemniej, jak pięć hypotez. Jedni (Pouchet), tłómaczą ją zatruciem spowodowanem przez zmienioną krew w zamarzłych okolicach ciała, drudzy (Michel) przyjmują wielokrotne zatory włoskowate w płucach z następową asfiksją śmiertelną, trzecia grupa autorów (Moricheau-Beaupé, Ruhl, Virey, Guerard, Krajewski) uważa przekrwienie mózgu za przyczynę śmierci ze zmarznięcia, czwarta grupa (Ogston, Walter) przeciwnie niedokrewność mózgu za czynnik śmiertelny, wreszcie piąta grupa (Horwat, Laveran) dopatruje się w układzie mięśniowym i w sercu dominującego czynnika śmierci ze zmarznięcia.

Atoli, o ile ujemne działanie zimna, jako takiego, na ustrój jest faktem bądź co bądź naukowo stwierdzonym, to działanie zimna, jako czynnika patologicznego, nie pokrywa się z tem, co tkwi w nazwie rozpowszechnionej zarówno u lekarzy, jak i laików, jako tak zwane »zaziębienie« czyli »przeziębienie«. Nazwa ta bowiem mieści w sobie przelotne i krótkotrwałe zadziałanie ochłodzenia różnego rodzaju, stopnia i pochodzenia, a nawet takie bodźce chłodu i lekkiego lub częściowego oziębienia, które są stałemi zjawiskami wśród codziennych wpływów atmosferycznych i klimatycznych, które są ściśle związane ze środowiskiem życiowem człowieka i do których ustrój ludzki i tryb życia są zresztą ściśle przystosowane. Według rozpowszechnionych pojęć po zadziałaniu krótkotrwałem lub nagłem zimna na powierzchnię ciała, albo po oddychaniu chłodnem powietrzem, albo po spożyciu chłodnych potraw następuje zachorzenie, albo w miejscu zadziałania zimna, albo też w narządach odległych i w innych okolicach ciała. Przytem rozmaite są pojęcia w tym względzie. Jedni bowiem uważają zaziębienie tylko jako czynnik przyczynowy, podczas gdy inni uważają je samo przez się za chorobę samoistną, a nawet niektórzy uzasadniają to analogją do zakażenia, które zarazem oznacza czynność zakażającego jadu, jakoteż równocześnie reakcję ustroju.

Tymczasem na fakt istnienia tego, co pospolicie nazywamy »zaziębieniem« czyli »przeziębieniem«, nie posiadamy dotychczas ścisłych ani pewnych i przekonywujących dowodów naukowych. Dawne pojęcie patologiczne przeziębienia »*a frigore*« uległo gruntownemu oczyszczeniu w miarę, jak nowsze badania wykryły istotę i etjologję całego szeregu chorób i stwierdziły inne czynniki przyczynowe tam, gdzie poprzednio dopatrywano się zaziębienia. Z rozkwitem bakterjologji uważa się dziś wiele dawniejszych »zaziębień« za choroby zakaźne, jak np.: katar nosa, influencę, zapalenie gardła, zapalenie okostnej zęba, zapalenie płuc, ostry gościec stawowy, ostre zapalenie wsierdzia i t. p.

Doświadczenia na zwierzętach nie są miarodajne, nie tylko ze względu na odmienność swoistej reakcji gatunku, jako takiego, ale także ze względu na grube różnice w budowie, jak posiadanie sierści oraz na inne zachowanie się funkcjonalne i odmienną wrażliwość O »przeziębieniu« u zwierząt pod wpływem krótkotrwałego zadziałania zimna nie zwy-

kło się mówić. Próby doświadczalne wywołania u królików i psów zaziębienia i katarów dróg oddechowych przez naprzemienne wdychanie zimnego i ciepłego powietrza były bezskuteczne. Mimo tego, że stosowano u wierząt tak znaczne oziębienia, że regulacja ciepła była u nich znacznie uszkodzona i że mogły doprowadzić do śmierci, to jednak nie udawało się na drodze odruchowej wywołać żadnej choroby. Na ogół jednak doświadczenia odbywały się na zwierzętach bardzo silnie oziębianych, wskutek czego nie zachodzi analogja do tego, co określa się zaziębieniem.

Z doświadczeń na ludziach, które miały na celu wywołanie tego, co się nazywa »zaziębieniem«, znane są doświadczenia profesora praskiego Chodouńskiego, robione na sobie samym w 57 roku życia, a powtórzone w 63 roku życia. Chodouński zauważa, że był wychowany w obawie przed zaziębieniem, że zawsze unikał przeciągów, zmiany powietrza i przemoczenia nóg, że nosił trykoty, a mimo to nawiedzały go wciąż katary nosa i oskrzeli oraz gościec mięśniowy. Dopiero, kiedy mimo notorycznego przeziębienia na wycieczkach pozostał zdrowym, nabrał wątpliwości i zaczął sprawę zaziębienia badać naukowo na zwierzętach i ludziach, a przedewszystkiem na sobie samym. Z heroicznem zaparciem się siebie wykonywał on na sobie systematycznie całe szeregi bardzo przykrych doświadczeń, starając się wywołać zaziębienie. Po zimnych, ciepłych lub gorących kąpielach, w granicach od 4—45°, wystawiał się zwilgocony, goło i boso, na silne przeciągi o ciepłocie od — 15 do + 12° C., trwające do godziny czasu, albo narażał się na nagłe zmiany ciepłoty dochodzące do 41° różnicy, albo też oziębiał znacznie różne okolice ciała, jak twarzy, karku, serca, nerwu kulszowego, nerek i stawów. Mimo, że cierpiał na przewlekły nieżyt oskrzeli, a w plwocinie i na migdałkach wykazał hodowlami najrozmaitsze bakterje, nie zaziębił się. Poglądy Chodouńskiego spotkały się z krytyką w tym kierunku, że we wnioskach swych poszedł za daleko, twierdząc, że czynniki, które klinicznie wchodzą w grę przy zaziębieniu, nie tylko nie szkodzą człowiekowi, lecz nawet nie usposabiają do chorób, a w szczególności zakaźnych. Twierdzono też, że wielu innych ludzi w tych samych warunkach zachorowałoby. Pozostaje jednak faktem, że Chodouński pierwszy starał się doświadczalnie i w sposób bardziej ścisły zbadać zaziębienie i stworzyć pewne warunki dla klinicznej obserwacji tego zjawiska u ludzi, a jednak doszedł do ujemnych wyników.

Dotąd istnieją tylko ogólnikowe teorje o zaziębieniu, oparte mniej lub więcej na spostrzeżeniach, doświadczeniach, przypuszczeniach lub domysłach, które różni autorowie dowolnie przyjmują, jako mniej lub więcej prawdopodobne, celem częściowego przynajmniej wyjaśnienia zaziębienia, jako momentu przyczynowego różnych schorzeń. Najbardziej znane i rozpowszechnione są hypotezy naczyniowe, według których, wskutek zaziębienia następuje zaburzenie równowagi w krążeniu krwi po ciele i zmiana jej ruchu, działająca bądź przez upośledzenie odżywienia i anemizowanie pewnych tkanek, bądź przez cofanie się krwi z pewnych przestrzeni i narządów ciała, np. ze skóry, a napływanie do wnętrza lub innych narządów i wywoływanie przekrwienia lub zapalenia.

Zdołałem zestawić 8 różnych poglądów na tę sprawę. I tak: 1) Sokołowski przytacza teorję naczyniową Boucharda, dla wyjaśnienia roli przeziębienia np. w zapaleniu płuc. Podług tej teorji przez działanie zimna na błony śluzowe występuje zwężenie naczyń, albo bezpośrednio, albo pośrednio przez skurcz mięśni otaczających naczynia. Wskutek tego następuje pewne zaburzenie w odżywianiu błony śluzowej, nabłonek uszkadza się, pęcznieje, ewentualnie złuszcza się i staje się nieodpornym wobec drobnoustrojów. Drobnoustroje te, przebywające stale na błonie śluzowej, lub przypadkowo tam się znajdujące, przenikają wskutek tego głębiej i wywołują zapalenia różnego stopnia.

2) Druga teorja tłómaczy zaziębienie wprost odwrotnie, aniżeli poprzednia, to jest nie przez skurcz, lecz przez rozszerzenie naczyń. Według tego poglądu zaziębienie jest następstwem złego rozmieszczenia krwi, tj. niedokrwienia jednej, a równocześnie przekrwienia innej okolicy ciała. Jeżeli np. nogi zostaną oziębione, to powstaje przekrwienie i obrzęk gdzieindziej, np. w nosie, w kiszkach lub w drogach oddechowych, a stąd to, co nazywamy katarem. Według tego więc przypuszczenia zaziębienie nie powstaje miejscowo, przez oziębienie jakiegoś narządu, lecz jest odczynem odruchowym, działającym wyłącznie na odległość na drodze nerwowego przekrwienia. Tu sceptycy zadają ironiczne pytanie, dlaczego także inne przekrwienia, tak często powstające chwilowo w ustroju, nie wywołują takiego samego zaziębienia, np. przekrwienie w nosie pod wpływem wąchania chrzanu, albo przekrwienie w ustach pod wpływem żucia stałych pokarmów, przekrwienie w przewodzie pokarmowym podczas trawienia, napływ i nawały krwi u kobiet podczas *climacterium*, przekrwienia w przebiegu cierpień sercowych i tym podobne stany.

3) Niektórzy (Lewkowicz, Schade) przypuszczają, że głównym i prawie jedynym czynnikiem działającym w zaziębieniu jest czysto mechaniczny wpływ urazowy na stan nabłonków, wywołany przez bezpośrednie zadziałanie zimna na nabłonki. Pozatem odrzuca Lewkowicz wszelkie inne, głębsze zmiany w ustroju, tj. obniżenie odporności oraz wzmożenie zjadliwości mikrobów pod wpływem zaziębienia, jako nieuzasadnione. Zdaniem Lewkowicza zaziębienie niema żadnego znaczenia, o ile chodzi o osobnika rzeczywiście zdrowego, a zadziałać może tylko wtedy, gdy chodzi o osobnika z zakażeniem utajonem. Wówczas czynniki zewnętrzne, o ile tylko zdolne są wywołać masowe złuszczanie się nabłonków, sprowadzają nagłe rozpadanie się nabłonków zakażonych i rozsiewanie się uwięzionych w nich mikrobów i powodują przekształcenie się zakażenia utajonego w obraz ostrej choroby zakaźnej.

4) Czwarta hypoteza usiłuje zaziębienie wytłómaczyć w ten sposób, że przez zaziębienie wstrzymane jest wydzielanie i wyziew skórny na większej lub mniejszej przestrzeni, a wskutek tego szkodliwe wytwory przemiany materji, głównie kwas mleczny, nie zostają wydalone, lecz gromadzą się i wywołują w ten sposób schorzenie ustroju na drodze zaburzeń chemicznych, nawiasem mówiąc, zupełnie nie udowodnionych. Tymczasem badania fizjologiczne wykazały, że nerki i płuca mogą zupełnie wyręczyć skórę, jeżeli jej czynności czasowo lub miejscowo zostały wstrzymane. Zresztą nie jest też rzeczą pewną i naukowo udowodnioną, jakoby pod wpływem krótkotrwałego »zaziębienia«, perspiracja skórna wogóle podlegała jakimś istotnym wyraźniejszym zmianom i zaburzeniom.

5) Piąta hypoteza (J. Rosenthal) próbuje zaziębienie wytłumaczyć w ten sposób, że przez oziębienie na powierzchni ciała oziębia się krew i tak oziębiona dopływa do narządów. Ale hypotezie tej zarzucają, że zazwyczaj tylko niewielkie przestrzenie ciała ulegają oziębieniu, a przytem w okolicach tych kurczą się naczynia, że zatem ewentualna ilość oziębionej krwi jest tak małą, że nie mogłaby przy dopływie do reszty żylnej krwi spowodować obniżenia się jej ciepłoty.

6) Szósta hypoteza, nerwowa, przyjmuje, że przez zaziębienie powstaje znaczne działanie depresyjne na nerwy skórne, połączone z licznemi różnorakiemi odruchami i chorobotwórczem działaniem neurotroficznem. Hypoteza ta wychodzi daleko poza fakta doświadczeniem naukowem stwierdzone. Albowiem doświadczenia na zwierzętach (Richardson, Weir Mitchel) wykazały tylko, że można przez działanie zimna na skórę stopniowo upośledzać czynność obwodowych nerwów aż do ustania ich funkcji, że czynność ta jednakże po ustaniu działającego bodźca zimnego całkowicie i szybko powraca do pierwotnego stanu. Natomiast zupełnie nie udowodniono dotychczas, jakoby krótkie, a choćby intenzywne zimno, mogło być bodźcem chorobotwórczym, wywołującym czy to bóle nerwowe, czy porażenia nerwów obwodowych, czy też inne stany chorobowe, jak goraczkę lub zapalenie tego lub innego narządu.

7) Inna grupa autorów na podstawie łączności czasowej pewnych chorób z zimnem zewnętrznem atmosfery lub na podstawie statystyki śmiertelności w różnych miesiącach i porach roku dopatruje się związku przyczynowego między zaziębieniem, a chorobami. Jednakże próby dowodzenia wpływu zaziębienia zapomocą statystyki chorób w różnych miesiącach i porach nie są tak ścisłe, aby mogły, jak wogóle statystyka, stanowić dowód ściśle naukowo lekarski. Zresztą zachodzą

w tym kierunku same przez się liczne wątpliwości oraz zdania sprzeczne. Np. Biegański dowodzi, że niska ciepłota nie wpływa na występowanie zapalenia płuc, gdyż w grudniu i styczniu ilość tych przypadków nie jest wcale największą. Niektórzy autorowie twierdzą, że ilość przypadków zapalenia płuc pozostaje w stosunku odwrotnym do ilości opadów atmosferycznych, podczas gdy zestawienia innych autorów dają inne wyniki. Jedni, jak np. Casper, dowodzą statystycznie, że suche zimno jest groźne dla życia, a wilgotne zmniejsza najskuteczniej śmiertelność, podczas gdy Sticker twierdzi, że rzecz ma się odwrotnie. Niektórzy starają się niejasną sprawę statystyki i sprzeczności poglądów w ten sposób wytłumaczyć, że schorzenia, wynikłe z danego stanu atmosfery, dopiero w następnym czasokresie dają wyniki śmiertelne w cyfrach, i że statystyka, notując końcowy stan, wiąże go fałszywie z innym czasokresem, a nie z właściwym przyczynowym. Jak niepewne są wnioski statystyczne, cyfrowe o wpływach pór roku atmosferycznych, telurycznych i geograficznych na zaziębienia, tego dowodzi np. grypa, która do niedawna uchodziła za zaziębienie, a raz wybuchnąwszy szerzy się gwałtownie zarówno w suchych, jak w bagnistych okolicach, na gruncie porowatym lub nieprzepuszczalnym, w dolinach, na płaskowzgórzach i w górach, nad morzem i wśród lądów, w klimacie ciepłym i zimnym, oraz bez względu na porę roku. Z drugiej znów strony powszechnie wiadomą jest rzeczą, że dur osutkowy związany jest głównie z zimną porą roku, ale nie z powodu zimna i sposobności do przeziębienia, jakby to ze statystyki wynikało, lecz dlatego, że ludność nędzna i zawszona ciepłej się ubiera, mniej się myje, kąpie i zmienia bieliznę, a bardziej przebywa w gęstem skupieniu w izbach, co sprzyja mnożeniu się wszy, przenoszących zarazę. Ten sam czynnik, to jest skupienie w mieszkaniach podczas zimnych pór roku, sprzyja także szerzeniu się innych chorób zakaźnokataralnych, które się potem błędnie odnosi do »zaziębienia«.

8) Najczęściej jednak do zaziębienia odnosi się, drogą wykluczenia, takie stany chorobowe, przy których innej właściwej przyczyny, czy to zakaźnej, czy toksycznej, czy innej wykryć lub napewno stwierdzić nie można, przypisując mu zazwyczaj przypuszczalne znaczenie pomocnicze przy powstawaniu choroby. Spotykamy się z tem często przy zapaleniach nerek, gośćcu mięśniowym, zapaleniach opłucny, neuralgjach i t. p. Jaką drogą i jakim sposobem to zaziębienie może zadziałać, co do tego panuje w klinikach zupełna swoboda przekonań. Np. w powstawaniu ostrego gośćcu stawowego Senator przyjmuje za czynnik wywołujący nagłe przemoczenie ciała pocącego się, Strümpell wini przeciwnie długotrwałe działanie wilgotnego zimna, Widal i Jochmann uważa jeden i drugi sposób jako możliwy, Latkowski twierdzi tylko ogólnikowo, że zaziębienie jest przyczyną, jeżeli nie wywołującą, to usposabiającą do gośćca, Eichhorst wyraża przekonanie, że tylko niewielką ilość tych schorzeń należy przypisać zaziębieniu, a Müller odrzuca wszelki związek przyczynowy między zaziębieniem, a gośćcem Ta rozbieżność poglądów staje się zrozumiałą, gdy się uwzględni, że główną podstawą, na której się te dane opierają, są wywiady, zbierane u chorych, a te często są splecione z własnym osobistym poglądem chorych na tę sprawę.

Jak widzimy zatem teorje zaziębienia są liczne i rozmaite, nie są jednak oparte na ścisłych i niezbitych dowodach, polegają często na przeświadczeniach i domysłach i nie tłómaczą olbrzymiej masy zjawisk, objętych pojęciem zaziębienia w życiu codziennem. Niewytłumaczalnem bowiem jest, dlaczego np. prądy powietrzne lub inne czynniki, ledwie wyczuwalne, a nacechowane tylko tem, że dają się wyczuć podmiotowo jako zimne, mają wywołać choroby, skoro wiemy, że ustrój ludzki w takich warunkach automatycznie i zupełnie dostatecznie sam sobie swoją ciepłotę reguluje. Teorje te nietłómaczą, dlaczego miljony ludzi, czy to z tak zwanej lekkomyślności, czy też pod przymusem swojego zawodu lub czynności np. w rowach strzeleckich, nie zapadają znacznie potężniej wskutek zaziębienia, niż legjony innych, stojących wciąż swą myślą i obawą pod Damoklesowym mieczem zaziębienia i zabiegających usilnie wszystkiemi możliwemi sposobami, aby go uniknąć. Niektórzy autorowie, jak np. Jürgens, stojąc wobec tej zagadki tłómaczą ją tak, że zaziębienie następuje dopiero wtedy, gdy ciało nie przeciwdziała na czas i skutecznie wpływom oziębiającym, a ponieważ ta zdolność reakcji przedstawia się bardzo rozmaicie, przeto i skłonność do zaziębień podlega wielkim wahaniom. Atoli takie rozumowanie chce osobniczą zdolnością do reakcji pokryć i zatuszować fakt, że istota zaziębienia nie jest zbadana i zamiast jednego niewiadomego, wprowadza dwa niewiadome czynniki do tego zagadnienia. D. n.

Dr. Ludwik Pinkus, ordynator szpitala. Łódź.

Przypadek nowotworu śródpiersia *).

(Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala na Radogoszczu).

Rozpoznanie różniczkowe guzów śródpiersia różnego pochodzenia nasuwa niemałe trudności. Dlatego podaję opis przypadku, w którym rozpoznanie wahało się między nowotworem, a tętniakiem tętnicy głównej.

D. 16 IV 1921 przyjęto na oddział obserwacyjny naszego szpitala chorego Filipa J., przysłanego z rozpoznaniem róży. U chorego nie stwierdzono żadnej choroby zakaźnej; skierowano go na oddział chorób wewnętrznych.

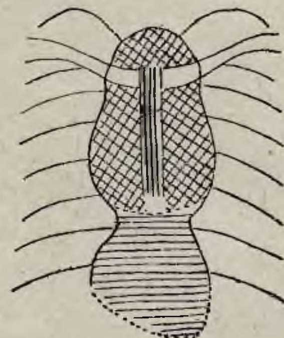
Chory, Filip J, robotnik tkacz, lat 42, żonaty, dzietny. Prócz rzerzączki (przed rokiem) żadnych chorób nie przechodził. Żona i dzieci zdrowe. Ojciec zmarł nagle w 45 roku życia, matka dożyła lat 75, brat zmarł przed rokiem na chorobę gorączkową. Chory niewiele pił i palił, warunki życia miał niezłe.

Choroba, która go sprowadziła do szpitala, zaczęła się, według jego podania, w kwietniu 1921 (od Wielkiej Nocy) ściskaniem w dołku, „jakby kamień siedział“. Po niejakim czasie ciężar przeniósł się wyżej, aż do szyji. Chory czuł się nieco osłabiony i miewał zawroty głowy, jednakże mógł pracować w fabryce. Dopiero na 2 tygodnie przed zgłoszeniem się do szpitala chory przestał pracować, zaczął bowiem puchnąć na szyji i twarzy, wystąpiły żyły i doznawał duszności przy leżeniu. Chory kaszle i odpluwa śluzowe plwociny, podczas snu poci się do połowy ciała, śpi naogół źle, łaknienie upośledzone, stolce prawidłowe. Chory nie zeszczuplał. Od pewnego czasu ma niewielką chrypkę.

Stan przedmiotowy: Chory jest wzrostu średniego, prawidłowej budowy, odżywienia dobrego. Na pierwsze wejrzenie widoczny jest obrzęk twarzy i szyji oraz wystąpienie żył w postaci sznurków na mostku, na plecach, na brzuchu i pod pachami. Skóra w miejscach obrzęku jest blado różowa. Ciepłota ciała niżej 37° (w ciągu pierwszych 2 dni pobytu w szpitalu dochodziła do 37.8°). Tętno 1:0, równe z obu stron. Granice stłumienia serca bez zmian, tony głuche. Po obu stronach rękojeści mostka stłumienie wypuku, z tyłu stłumienie z obu stron kręgosłupa sięga 4-go kręgu grzbietowego, oddech na tej przestrzeni zaostrzony, przewodnictwo głosowe wzmożone. Tarczyca (zraz prawy i przesmyk) powiększona i miękka. Wziernikowanie wykazuje bezwład prawej struny głosowej.

Narządy brzuszne bez zmian. Mocz prawidłowy. W plwocinie nie stwierdzono drobnoustrojów chorobotwórczych. Krew morfologicznie nie zmieniona (obojętnochłonnych 77%, limfocytów 17%, przejściowych 6%). Odczyny Wassermanna i Meinickego ujemne (kol. Venulet).

Prześwietlenie i zdjęcie promieniami Roentgena (kol. Goldberg i autor) wykazuje ponad sercem guz o brzegach równych, wychodzący poza krawędzie mostka i wypełniający całe śródpiersie przednie oraz częściowo tylne. Łuku tętnicy głównej nie widać. Guz tętni po lewej stronie. (patrz rysunek schematyczny wykonany z odbitki).



Powyższe dane nakazują różniczkowanie pomiędzy nowotworem śródpiersia a dużym tętniakiem, z których każdy

*) Z odczytu wygłoszonego w Tow. Lek. Łódzkiem w dniu 19 X. 1921.

przez ucisk na żyły, drogi chłonne i ważne pnie nerwowe, w śródpiersiu się znajdujące, powodować może opisane objawy. Przeciwko tętniakowi przemawiają: ujemne wyniki badania na kiłę, brak objawów ze strony tętna.

Przeciwko temu również przemawia jednostronne tętnienie guza, spostrzegane przy prześwietlaniu Roentgenem, choć dziś nie posiada ten objaw bezwzględnego znaczenia, albowiem spostrzegano tętniaki, które z powodu dużych skrzepów krwi w worku dawały tylko jednostronne tętnienie. Z wyniku powyższego rozumowania rozpoznano nowotwór śródpiersia.

Chory zmarł nagle 14 lipca nad ranem przy objawach duszności. W przebiegu chorobv zaznaczyć należy występujący od czasu do czasu ślinotok i bezsenność, duszność. Ulgę dawała morfina.

Sekcja zwłok, dokonana przez prosektora miejskiego kol. Mieleszkę, stwierdziła obecność mięsaka limfatycznego (*lymphosarcoma*) śródpiersia z przerzutami do nasierdzia i do najbliższych gruczołów chłonnych oraz do nerek. Guz wypełniał śródpiersie przednie, obrastając całkowicie naczynia, otaczając półkolem tchawicę, przeginając się na jej boki, pozostawiając jednak zupełnie drożną tchawicę i oskrzela. Tętnica główna oraz żyły znajdują się wewnątrz guza.

W powyższej historji podkreślić należy kilka szczegółów: 1) Pierwotny nowotwór śródpiersia tylko w 25 % daje przerzuty dalekie. Przypadek powyższy należy zatem do rzadszych; 2) nowotwór szybko, tj. w ciągu czterech miesięcy od wystąpienia pierwszych objawów, spowodował zejście śmiertelne, przed wystąpieniem charłactwa; 3) tętnienie jednostronne guza (w promieniach Roentgena) wywołane zostało umiejscowieniem się guza dookoła tętnicy głównej; 4) pomiędzy zjawieniem się pierwszych objawów choroby w postaci nieokreślonych dolegliwości a wystąpieniem objawów ucisku śródpiersiowego, znamionującego duży rozrost guza, upłynęło 2 miesiące. W ciągu tego czasu dolegliwości wprawdzie trwały, nie zwiększały się jednak. Gdyby w owym czasie chory poddany był prześwietleniu Roentgena, guz byłby wykryty znacznie wcześniej, co mogłoby mieć znaczenie dla leczenia (zastosowanie głębokich naświetlań promieniami Roentgena). W przypadkach guzów, nadających się do leczenia operacyjnego, takie wczesne wykrycie guza ma wielkie znaczenie.

XIV. Z kazuistyki Zakładu anatomji patologicznej U. W.

A. Siedlecka, asystentka zakładu. Warszawa.

Przypadek uwięzgnięcia przepukliny wewnętrznej.

Chora 78-letnia kobieta przybyła do szpitala w ciężkim stanie, z rozpoznaniem *occlusio intestinorum*. Przy laparotomji stwierdzono, iż otrzewna jelit była pokryta wiotkiemi złogami włóknika; nie znaleziono natomiast nigdzie skrętu, uwięzgnięcia; jedynie dało się zauważyć, że jelito biodrowe było przytwierdzone z lewej strony do dna macicy. Chora wkrótce zmarła przy objawach zapalenia otrzewnej.

Sekcja wykazała, jako przyczynę śmierci, włóknikowe zapalenie otrzewnej. Między tylną powierzchnią macicy a odbytnicą znajdowały się silne jednolite zrosty. Zrosty te były ułożone w taki sposób, że między dnem macicy a odbytnicą wytwarzał się jakby mostek, a właściwie daszek, przykrywający jamę Douglasa. Prawy jajnik i jajowód zrośnięte z otoczeniem za pomocą mocnych zrostów. Z lewej strony na razie nie znalazłam jajnika, natomiast tuż koło lewego rogu macicy znajdowała się jakby torbiel, twór wielkości mandarynki o dość napiętych ścianach, składających się również ze zrostów. Nad niemi przebiegał jajowód ściśle z niemi zespolony. W ten sposób wytworzyła się jama, której ściany składały się: w górze ze zrostów, w dole z otrzewnej, wyściełającej jamę Douglasa, z boku od strony lewej częściowo z więzadła szerokiego, oraz licznych zrostów pomiędzy przydatkami macicy a otrzewną jelita. Do tej torbieli była przytwierdzona pętla jelita biodrowego, co zauważono już w czasie operacji. Po przecięciu torbieli okazało się, że jest to worek przepuklinowy. Zawierał on kawałek jelita zgorzelinowo zmienionego, oraz jajnik. Worek ten tworzył dalszy ciąg wyżej opisanej jamy w tylnym Douglasie. W zrostach, tworzących górną ścianę worka, znajdował się otwór okrągły o brzegach gładkich, zgrubiałych, przez który wchodziła pętla jelita do worka. Światło otworu o średnicy 1 ½ cm. było szczelnie wypełnione jelitem. Jelito wchodzące i wychodzące było drożne zaledwie dla końca żłobkowanej sondy.

Pozatem stwierdziłam u tej zmarłej chorobę Glenard'a: wszystkie trzewia były opuszczone, nerki ruchome. Jak więc można sobie wyjaśnić mechanizm powstania uwięzgnięcia? Prawdopodobnie jelito biodrowe dawno musiało wchodzić w otwór lub szparę między zrostami, utworzonemi wskutek sprawy zapalnej, toczącej się w otoczeniu macicy. Wskutek trwania tej sprawy zapalnej jelito zostało prawdopodobnie częściowo unieruchomione. Gdy starzejąca się tkanka łączna zaczęła się kurczyć, jelito coraz mocniej było uciskane, aż wreszcie dało objawy niedrożności.

Z praktyki.

Dr. Grzegorz Drozdowicz, kier. prac. rentgenol. Warszawa.

Sztuczna odma brzuszna w rentgenodjagnostyce.

Rzecz odczytana na posiedzeniu klinicznem Warsz. Tow. Lek. dnia 7. stycznia 1922 r.

Sztuczna odma brzuszna powietrzna, względnie gazowa, należy do tych metod rentgenodjagnostycznych, które mają za zadanie uwidocznienie narządów ciała ludzkiego drogą wzmożenia lub wytworzenia między niemi kontrastów świetlnych. Metody te rozwijały się w dwóch podstawowych kierunkach i miały za zadanie uwidocznienie danego narządu drogą wprowadzenia doń ciał o mniejszej wadze gatunkowej, niż otoczenie, lub też przez wypełnienie narządów substancjami ciężkiemi, a przezto pochłaniającemi promienie X znacznie silniej, niż tkanki sąsiednie. Obadwa te kierunki, napozór sprzeczne, miały jednak tensam cel, chociaż otrzymywane temi drogami obrazy ekranowe i radjograficzne różniły się podstawowo rozkładem cieniów i świateł. Mianowicie, narządy wypełnione ciałami lekkiemi, a przezto łatwo przepuszczającemi promienie X, zaznaczały się na ekranie jako figury jasne na tle ciemnem, na kliszy zaś, wskutek mocniejszego działania promieni na zawiesinę w ich obrębie, jako figury ciemne na tle jasnem. Wręcz odwrotne stosunki otrzymujemy i na ekranie i na kliszy, badając narządy, do których wnętrza wprowadziliśmy substancje ciężkie.

Dwa te kierunki rozwijały się od pierwszych lat ery rentgenodjagnostycznej prawie równocześnie z lekką jednak przewagą chronologiczną kierunku pierwszego, łatwiej dostępnego i mającego już pewną tradycję w djagnostyce, aczkolwiek wówczas służył on innym celom. Mówię tutaj o wprowadzaniu powietrza i gazów, jakoto: tlenu i bezwodnika węglowego do żołądka i jelit. Sposób ten oddawał i oddaje usługi w rentgenodjagnostyce części brzusznej przewodu pokarmowego, służąc niekiedy i do lepszego uwidocznienia sąsiednich organów miąższowych, np. śledziony i wątroby, wyraźnie nieraz zaznaczających się na tle rozjaśnionych jelit i żołądka. Sposób ten jednak ma obecnie znacznie mniejsze zastosowanie w porównaniu z udoskonaloną przez Riedera metodą uwidoczniania narządów trawienia łącznie z przełykiem zapomocą wprowadzania do nich różnej gęstości zawiesin nierozpuszczalnych soli ciężkich metali, jakto dwuwęglanu bismutu i siarczanu barytu. Na tej samej podstawie opiera się używanie zgłębników, względnie cewników, wypełnionych ciężkiemi metalami lub impregnowanych ich związkami w rentgenodjagnostyce cierpień górnych odcinków przewodu pokarmowego i narządu moczowego. Badanie tego ostatniego narządu zostało znacznie posunięte naprzód przez umożliwienie otrzymania wyraźnego obrazu rentgenowskiego miedniczek i kielichów nerkowych dzięki wprowadzonej przez Völchera i Lichten-

berga metodzie wypełniania ich silnie kontrastującą zawiesiną kollargolu. Do tego samego celu służy mniej jednak rozpowszechniony sposób wypełniania tlenem.

Wszystkie powyższe metody kontrastowania miały za cel główny uwidocznienie danego organu przez wprowadzenie doń ciała, różniącego się od środowiska otaczającego swym ciężarem, a przeto i zdolnością pochłaniania prom. X. Wspomniana powyżej możność zobaczenia niekiedy konturów śledziony lub wątroby na tle rozjaśnionych, że tak powiem, jelit i żołądka była bardzo ograniczona, a przez to drugorzędna.

Nieco inaczej przedstawia się sposób i podstawa kontrastowania, o ile ciała stosowane w tym celu wprowadzamy nie do danego interesującego nas narządu, który z natury rzeczy musi być organem próżnym, względnie opróżnionym, a przezto posiadającym światło, lecz do jamy naprzykład opłucnej lub otrzewnej, aby z niej stworzyć tło, na którem kontrastowo wystąpiłyby organy miąższowe, mieszczące się w danej jamie, względnie produkty chorobowe

Nawiasem wspomnę tutaj o zbyt może śmiałych próbach lekarzy amerykańskich wprowadzania tlenu do komór mózgowych dla udostępnienia rentgenodjagnostyki cierpień mózgu. Ciałami kontrastującemi w tym razie z natury rzeczy mogą być tylko ciała lotne, jak powietrze, tlen lub bezwodnik węgla. Teoretycznie sprawa ta przedstawiała się zupełnie prosto, przy zastosowaniu jednak praktycznem nasuwa pewne trudności, budzi wątpliwości i obawy, których przezwyciężanie w tym tylko razie może mieć rację bytu, jeżeli spodziewane i otrzymywane korzyści stoją znacznie wyżej od ewentualnych stron ujemnych, a zwłaszcza jeżeli owych stron ujemnych można uniknąć.

Technika wykonywania sztucznej odmy brzusznej jest stosunkowo dość prosta i w ogólnych zarysach polega na przekłuciu ściany brzusznej aż do jamy otrzewnej zapomocą trójgrańca lub igły, połączonej rurką gumową ze zbiornikiem, mieszczącym w sobie powietrze, tlen lub bezwodnik węgla, względnie mieszaniny tych gazów. Siłą wprowadzającą gaz może być ciśnienie wody stopniowo usuwającej go ze zbiornika względnie ucisk ręki na wypełniony gazem balon gumowy. Pierwszy sposób, jako dający więcej możności stopniowania i kontroli, zasługuje na pierwszeństwo. Celowem jest używanie manometru, bez którego w naszych przypadkach nie obchodziliśmy się nigdy. Przy wyborze miejsca nakłucia trzeba przedewszystkiem powodować się koniecznością uniknięcia zranienia któregokolwiek z organów miąższowych, względnie guza. Zranienie jelita zdrowego, a więc swobodnego, jest nieomal wykluczone, nakłucie umocowanej zrostami pętli kiszkowej, według dość powszechnie przyjętego zdania, nie nasuwa poważniejszych obaw. Teoretycznie wysuwane niebezpieczeństwo zranienia naczynia krwionośnego i wywołania przez to zatorów jest prawie znikome przy stosowaniu szybko wchłaniającego się tlenu, a zwłaszcza bezwodnika węgla; nawet przy stosowaniu powietrza nigdy dotąd nie stwierdzono takiego zranienia, pomimo że odmę brzuszną stosowano już w tysiącach przypadków. Najwłaściwszem miejscem nakłucia jest okolica ponadpępkowa na 2 do 3 ctm. powyżej i na lewo od pępka. Nakłuwają również na linji środkowej na połowie odległości pomiędzy pępkiem i spojeniem łonowem. Naogół, przy zachowaniu wyżej zaznaczonej ostrożności, można w tym zakresie postępować dosyć dowolnie. Naturalnie rurka doprowadzająca, jak również igła lub trójgraniec, winny być wygotowane, skóra oczyszczona i pojodynowana Pożądane jest, aby powietrze, względnie gaz, było przepuszczone przez rurkę, wypełnioną watą odkażoną. Dla uniknięcia powrotnego przedostawania się powietrza wzdłuż igły, celowe jest wykonywanie nakłucia w dwa tempa: ukośne nakłucie skóry sposobem, stosowanym przy wstrzykiwaniach podskórnych, następnie pionowe ustawienie igły i przejście w tym kierunku przez mięśnie brzucha i otrzewnę. O chwili przekłucia otrzewnej świadczy zwykle swoisty cichy dźwięk, jakby pęknięcie naciągniętej błony. U pacjentów więcej wrażliwych pożyteczne być może uprzednie zastrzyknięcie morfiny. Stosowane niekiedy znieczulenie odcinka skóry za pomocą kokainy uważam za zupełnie zbędne ze względu na bardzo małą bolesność ostatecznego nakłucia.

Sam zabieg zakładania odmy chorzy znoszą zupełnie dobrze. W żadnym z moich przypadków nie zauważyłem godnych zaznaczenia powikłań. Pewien niepokój, nie przewyższający jednak zwykle spostrzeganego u chorych przed każdym nieomal rękoczynem lekarskim, bardzo łatwo usunąć drogą perswazji.

Po założeniu odmy, zwłaszcza zbyt obfitej, chorzy odczuwają niekiedy ból w okolicy prawej łopatki, podobny do spotykanego w rozmaitych schorzeniach wątroby. Bólów w samej jamie brzusznej nie spostrzegałem nawet u chorych ze zrostami otrzewnej. Przez jakiś czas po zabiegu trwa uczucie pełności i rozpierania w brzuchu Niemiły ten okres można skrócić, używając zamiast powietrza łatwiej i szybciej wchłanianego tlenu, a zwłaszcza bezwodnika węglowego, i nie przekraczając bez koniecznej potrzeby ilości dwóch litrów gazu. Ilość ta zwykle wystarcza najzupełniej do przeprowadzenia badania. W razie konieczności można zapomocą powtórnego nakłucia uwolnić jamę brzuszną od gazu. Przed badaniem chory powinien otrzymać środek przeczyszczający, mieć opróżnione jelita zapomocą lewatywy i być naczczo, aby pozostałości pokarmowe względnie kałowe nie zaciemniały obrazu. Zakładanie odmy odbywa się w pozycji leżącej na stole rentgenowskim (trochoskopie), tak zbudowanym, aby chory mógł być prześwietlany prom. X, mającemi swe źródło w lampie rentgenowskiej umocowanej ruchomo pod stołem. Takie ułożenie chorego najmniej go męczy i pozwala z wielką łatwością na dowolnie częste kontrolowanie przebiegu przenikania powietrza do jamy otrzewnej

Kontrolę tę można do pewnego stopnia wykonywać zapomocą obmacywania i opukiwania ścian brzusznych; pierwszym objawem przeniknięcia nawet niewielkiej ilości gazu do jamy otrzewnej jest zmiana stłumienia opukowego ponad wątrobą na odgłos bębnowy.

W miarę powiększania się ilości gazu wypuklają się ściany brzuszne, a obraz ekranowy coraz bardziej się rozjaśnia, oraz wyraźniej zarysowują się kontury kręgosłupa i kości miednicy, uwidacznia się subtelny łukowaty zarys przepony, od której stopniowo oddziela się wątroba i zaznacza się owalny cień śledziony.

Najwyższy stopień rozjaśnienia tła dla organów brzusznych nie występuje jednak bezpośrednio po wprowadzeniu zamierzonej ilości gazu: potrzeba pewnego czasu, około pół godziny, na rozfałdowanie zagięć otrzewnej i przeniknięcie gazu do jej fałd i zdwojeń. Czas ten można skrócić przez lekkie masowanie ścian brzucha. Właściwe badanie rozpoczyna się zatem po zakończeniu całego zabiegu, usunięciu rurki trójgrańca i zalepieniu otworu w skórze watą, nasyconą kollodium. Chory leży na stole i stosownie do zalecenia lekarza badającego zupełnie swobodnie zmienia pozycję, aby umożliwić jak najlepszą i najbardziej celową projekcję ekranową dla danego organu lub jego odcinka. Prześwietlanie śledziony, nerek, bocznych płaszczyzn wątroby udaje się najlepiej przy położeniu chorego na przeciwległym boku i kierowaniu prom. X z lampy, umieszczonej tym razem w statywie stojącym obok stołu. Organy miednicy występują najwyraźniej przy podniesieniu jej ku górze i prześwietlaniu od dołu w kierunku tylno-przednim lub przedniotylnym. Przepona, górna i dolna cześć wątroby występują najlepiej przy badaniu na ekranie w pozycji stojącej. Drogą prześwietlania wynajduje się najodpowiedniejsze ustawienia do utrwalenia na kliszy tego lub innego odcinka jamy brzusznej.

Trudno się oprzeć zdumieniu, widząc po raz pierwszy na ekranie fluoryzującym udostępnione w ten sposób organy, zupełnie lub prawie zupełnie ukryte dotąd w mrokach otaczającego ich środowiska. Silne kontrasty świateł i cieniów, zmieniających swe kontury i umiejscowienie w miarę lekkich choćby zmian w położeniu lampy lub chorego, sprawiają na razie wrażenie zamętu, obraz daje wzrokowi, że tak powiem, za dużo. Potrzeba wprawy, aby dojść do mo-

żności umiejętnego i celowego wyzyskania danych, jakie tą drogą otrzymujemy.

A otrzymujemy ich tak dużo, że o utrwaleniu ich wszystkich na kliszach ze stanowiska techniki i kosztów trudno myśleć; już z tego samego choćby względu metoda ta jest wybitnie rentgenoskopijną, tembardziej, że bezpośredni obraz ekranowy przewyższa nieraz swą wyrazistością to, co widzieć możemy na rentgenogramie.

Ze wspomnianego powyżej zadania uwidocznienia narządów miąższowych jamy brzusznej metoda omawiana wywiązuje się istotnie w sposób dotąd niedościgniony. Umożliwia ona obejrzenie dokładne górnej, dolnej i obydwu bocznych powierzchni wątroby z jej ewentualnemi zrostami i guzowatościami; uwidacznia najdokładniej śledzionę z jej wnęką jak również położenie, kontury i wielkość nerek i kobiecych organów płciowych. Zrosty jelit i żołądka występują w wielu przypadkach bardzo wyraźnie. Dużym plusem tej metody jest możność rozpoznania tętniaka głównej tętnicy brzusznej.

Naturalnie, że obrazy organów powyższych mogą być nieraz zasłonięte i zdeformowane skutkiem cieniów, mających swe źródło w zmianach patologicznych w sąsiedztwie, np. zarys nerki lewej może być zasłoniony przy zwykłem przeglądaniu przez guz, wychodzący z trzustki lub wskutek sąsiedztwa wrzodu opadowego.

Podobne zatuszowania mogą występować przy najrozmaitszych a zbyt licznych, aby je można tu wymienić, kombinacjach patologicznych. Jednak nawet w tych razach świadome celu badanie, posiłkując się w razie potrzeby i innemi metodami rentgenodjagnostyki, a zwłaszcza opierające się na danych klinicznych, może wielokrotnie przyczynić się do wyjaśnienia a nawet rozstrzygnięcia ostatecznego trudnego zadania rozpoznawczego.

Naturalnie, że założenie sztucznej odmy brzusznej nie wyklucza równoczesnego kontrastowania światła żołądka, jelit, moczowodów lub miedniczek zapomocą gazów lub mieszanin ciężkich. Kombinowanie tych metod może być nieraz bardzo pożyteczne.

Historja powstania omawianej metody datuje się od r. 1912. W tym czasie, zapewne niezależnie od siebie, pojawiły się prace Webera z Kijowa i Loreya. Pierwszy z tych autorów na zasadzie doświadczeń na zwierzętach i zwłokach ludzkich przewiduje wielkie znaczenie sztucznej odmy brzusznej dla rentgenodjagnostyki, a to tembardziej, że prace Cowla, Holzknechta, Godwina i innych przekonywują go o nieszkodliwości wprowadzania gazów do jamy brzusznej. Od tego czasu wszechświatowa literatura lekarska wzbogaciła się dziesiątkami prac, poświęconych tej nowej metodzie, że wymienię tu tylko Francuzów: Ribadand-Dumas, Band, Mallet, Collier, Niemców: Lozego, Götze, Rantenberga. Nieomal każdy zeszyt zachodnich wydawnictw rentgenologicznych świadczy o popularyzowaniu się jej i zdobywaniu coraz większej liczby zwolenników. Podręcznik rentgenodjagnostyki chorób wewnętrzych prof. Assmana z Lipska posiada już oddzielny rozdział pod tytułem „Künstliches Pneumoperitoneum" i zastosowanie tej metody omawia w każdym nieomal dziale rozpoznawania cierpień jamy brzusznej. Zdanie tego ostatniego autora, jako nie rentgenologa-specjalisty, który mógłby być posądzony o pewną zrozumiałą skądinąd przesadę i przecenianie ulubionej przez się metody, jest w danym razie bardzo cenne. Zdanie to jest pełne rezerwy, idącej, według mnie, jednak zbyt daleko z chwilą, gdy uważa za niewłaściwe stosowanie odmy w tych razach, gdy laparotomja jest już zdecydowana, choćby nawet bez dokładnego ustalenia rozpoznania. Na zasadzie znanej mi literatury, dotyczącej bardzo licznych chorych, którzy w ten sposób byli badani (sam Collier notuje 1500 odnośnych przypadków) i na zasadzie własnego doświadczenia dochodzę do przekonania o niesłuszności takiego zdania. Do stworzenia celowego planu operacji chirurg prawie zawsze może znaleść dużo korzystnych wkazówek w danych, dostarczonych przez tę metodę badania. A jeżeli już zestawiać pod względem stopnia niebezpieczeństwa i wartości rozpoznawczej odmę brzuszną z próbnem otwarciem jamy brzusznej, to, jak sądzę, w przeważnej części przypadków należy oddać pierwszeństwo pierwszemu z tych zabiegów.

Co do przeciwwskazań, to większość autorów zgadza się, że nie należy wykonywać odmy w przypadkach poważniejszych zaburzeń w organach oddychania i krążenia, zwłaszcza połączonych z trudnością oddychania. Należy również być bardzo ostrożnym w świeżych sprawach zapalnych, szczególniej ropnych w jamie brzusznej Powyższe, zupełnie słuszne przeciwwskazania powstały na drodze teoretycznych, lecz dla każdego lekarza zupełnie zrozumiałych rozważań i były widocznie ściśle obserwowane, o czem świadczy brak w dostępnej mi literaturze danych o niebezpiecznych dla chorych powikłaniach przy sztucznej odmie. Jedyny autor, wspominający o ubocznych niemiłych przypadłościach, to Donarre z Tulonu: zaznacza on zbyt długie i przykre dla chorego pozostawanie powietrza w jamie otrzewnej i opisuje przypadek odmy powięziowej na szyji. Odma ta jednak nie utrudniała oddychania i minęła w ciągu dwóch dni. W moich przypadkach mam do zanotowania jeden przypadek odmy podskórnej w okolicy nakłucia. Tych przypadłości jednak można uniknąć: należy tylko przestrzegać, aby wkłuwanie i usuwanie igły lub rurki trógrańca było wykonywane przy zamkniętym dopływie powietrza.

Badania nad sztuczną odmą brzuszną rozpocząłem od zakładania jej królikom, następnie wprowadzałem powietrze do jamy brzusznej po wypuszczeniu płynu u chorych, cierpiących na puchlinę brzuszną różnorodnego pochodzenia, wreszcie przeszedłem do bezpośredniego zakładania odmy w celach djagnostycznych.

Na przeźroczach z odnośnych rentgenogramów rzuca się w oczy różnica pomiędzy zwykłemi zdjęciami jamy brzusznej królików, gdzie nie daje się nic więcej rozróżnić oprócz konturu zewnętrznego, lekkiego zarysu kości miednicy i kręgosłupa i paru nieregularnych zarysów pęcherzy powietrznych w jelitach, a zdjęciami, wykonanemi po wypełnieniu powietrzem jamy otrzewnej. Na tych ostatnich wyraźnie zaznacza się kontur wątroby, śledziony i nerek, a na zdjęciu, wykonanem u samicy ciężarnej, widać pozatem wielokomorową macicę, której postać przemawia za obecnością licznych płodów.

Jedno z następnych badań, wykonane u chorej z oddziału dra Chełmońskiego, cierpiącej na guz w jamie brzusznej nieokreślonego bliżej pochodzenia i związaną z tą sprawą puchlinę brzuszną (ciężar gatunkowy płynu 1017, odczyn Rivalty dodatni, przebieg bezgorączkowy), dało nieco wskazówek djagnostycznych, pozwoliło na ustalenie faktu licznych zrostów wątroby z przeponą i przednią ścianą jamy brzusznej, jak również zrostów samego guza z tą ostatnią. Rozpoznanie pierwotne wahało się pomiędzy rakiem a gruźlicą otrzewnej, nasze badanie stwierdziło, jeśli nie wyłączność, to w każdym razie dużą przewagę sprawy zapalnej, Słaba intenzywność cienia samego guza przemawia za tem, że powstał on przeważnie wskutek utworzenia kłębu jelit połączonych zrostami zapalnemi.

Nadmienić tu muszę, że warunki dla rozpoznawczego stosowania odmy u cierpiących na puchlinę brzuszną są naogół mało korzystne: zrosty, złogi włóknika i zawsze pozostająca pewna część płynu zaciemniają jasność obrazu oddzielnych organów.

Ostatni szereg pokazanych zdjęć dotyczy chorego z kliniki chirurgicznej, 27-mio letniego studenta A. O., cierpiącego na niedający się bliżej umiejscowić guz w lewej połowie jamy brzusznej. Za pomocą odmy brzusznej udało się wykluczyć udział w tej sprawie wątroby, śledziony, nerek i organów trawienia (stan tych ostatnich można było określić i zwykłemi metodami badania rentgenologicznego) i zlokalizować punkt wyjścia guza w trzustce, ewentualnie w gruczołach pozaotrzewnych.

Zważywszy wszystko powiedziane wyżej, należy dojść do wniosku, że interesująca nas metoda, stosowana oględnie i z poważnem przestrzeganiem przeciwwskazań, może w wielu przypadkach cierpień organów jamy brzusznej dać tyle cennych wskazówek djagnostycznych, że bezwzględnie

zasługuje na baczną uwagę w celu dalszego rozwoju i doskonalenia.

Nie wszczynając naturalnie polemiki z gołosłownemi, zasłyszanemi stąd lub owąd zarzutami i obawami ludzi, którzy z tą metodą dotąd nie zetknęli się osobiście, uważam, że należy jaknajbardziej serjo baczyć na teoretyczne, naukowo umotywowane zastrzeżenia i na te spostrzeżenia praktyczne, które ewentualnie wskażą niebezpieczeństwa i sposoby ich uniknięcia. Czy w oddzielnym jakimś przypadku badacz, choćby najostrożniejszy, nie napotka jakichś cięższych powikłań, trudno na razie przesądzać. Nie trzeba jednak zapominać, że niestety niema takiej metody rozpoznawczej, że wspomnę tylko o rozpoznawczem stosowaniu uśpienia chloroformowego, o próbnej laparotomji, a nawet o tak bardzo spopularyzowanem i powszechnie uznanem zgłębnikowaniu żołądka, któraby w historji swego rozwoju nie miała momentów przykrych a nawet tragicznych. Tymczasem jednak metoda omawiana nie nasuwa poważniejszych obaw i, według wszelkich danych, zwłaszcza przy stosowania tlenu i bezwodnika węgla, wyrobi sobie poważne miejsce w rentgenodjagnostyce. Szanownym Kolegom Szerszyńskiemu, Zaleskiemu, Grynkrautowi i Paszkiewiczowi za uprzejmą pomoc w pracy najserdeczniej dziękuję.

Piśmiennictwo.

L. Mallet: Le pneumoperitoine en radiodiagnostic. Journal de Radiologie 1921. — Donarre: Deux incidents du pneumoperitoine, tamże. — H. Assman: „Künstliches Pneumoperitoneum" w książce: Röntgenodiagnostik der inneren Erkrankungen 1921.— Weber: Ueber die Bedeutung der Einführung von Sauerstoff resp. Luft in die Bauchhöhle fur die experimentelle und diagnostische Röntgenologie, Forstschritte auf dem Gebiete der R-strahlen, T. 20. Pozatem dużo wyczerpujących sprawozdań z piśmiennictwa wszechświatowego o odmie sztucznej znaleść można w Journal de Radiologie za rok 1921.

Zapiski lecznicze.

Jodynę przeciw róży radzą stosować w sposób następujący: Zasadą leczenia powinno być powtórne smarowanie jodyną skóry z chwilą, kiedy ciemne zabarwienie się zetrze (więc n. p. przy potach gorączkowych co godzinę i częściej). Miejsca zajęte różą otoczyć ramką wysmarowanej jodyny, szerokości dwu palców, w odległości dwu centymetrów także sama ramka z jodyny. Po paru minutach ponowne smarowanie, które powtarzać po każdem zblednięciu pasów wysmarowanych. (Berl. kl. W. 1921 Nr. 47.).

Leczenie wrzodów goleni okładami z 10% rozczynu soli kuchennej. Po dokładnem opłukaniu wrzodu 10% solą nakłada się co rana okład wilgotny z tego samego rozczynu. Okład gazowy, leżący bezpośrednio na owrzodzeniu, zostaje codziennie, po zdjęciu bandaża i ceratki, zwilżony roztworem soli. Co trzy dni należy powstałą ziarninę przypalać lapisem. Po zaciągnięciu się wrzodu (10 dni), dwa razy tygodniowo maść borowa (Mün. m. W. 1920 Nr. 50.).

Kamforę wewnątrz, przy leczeniu zapalenia płuc, poleca Beesten, zapisywać w takiej postaci: Olei camphor. 10 g., Gummi arab. 10 g., Sacch. albi 30 g., Inf. rad Ipecac. e 1 g. ad 200 g. S. Wstrząsać. Co 1–2 g. łyżkę, (dzieciom łyżeczkę). (Aerztl. Fortb. 1922 Nr. 2.).

Sprawozdania poglądowe.

Dr. A. Wojciechowski. Warszawa.

Rany wielkich naczyń w świetle spostrzeżeń i doświadczeń wojny światowej.

Chirurgja naczyń krwionośnych już w ostatnich latach przed wojną poczyniła ogromne postępy. Lecz dopiero wojna, ta epidemja urazowa, dała możność na większą skalę poczynienia spostrzeżeń urazów naczyń i sprawdzenia na dużym materjale słuszności naszych dotychczasowych poglądów i sposobów postępowania. I tu, jak zresztą i w wielu innych dziedzinach, okazało się, że wiele naszych dotychczasowych i uświęconych zwyczajem zapatrywań jest mylnych; poniżej postaram się, na podstawie dostępnego mi piśmiennictwa, oraz własnych wrażeń wojennych przedstawić w ogólnych zarysach stan obecny naszej wiedzy o urazach naczyń krwionośnych.

W wojnie światowej rany wielkich naczyń były zjawiskiem nader częstem. Ścisłe dane liczbowe dotychczas są jeszcze niewiadome, i minie zapewne niemało czasu, nim zostanie dokładnie obliczony odsetek ran naczyniowych, lecz jednak już obecnie częstość tych obrażeń nie ulega wątpliwości. Ciekawą rzeczą jest, że w miarę rozwoju techniki wzrasta częstość urazów naczyń. Wertując dzieła chirurgiczne poświęcone wojnom pierwszej połowy zeszłego stulecia widzimy, że chirurg ówczesny dość rzadko miewał do czynienia z ranami naczyń, dla przyczyny dość prostej, na którą już Pirogow zwracał uwagę, mianowice, że tacy ranni ginęli przed przybyciem chirurga. Lecz i w ostatnich wojnach daje się zauważyć pewna różnica: Fritsch i Lotsch twierdzą, że spotykali znacznie więcej uszkodzeń naczyń w 1914 r., aniżeli podczas wojny bałkańskiej; lekarze czynni podczas wojny japońskiej również jednogłośnie stwierdzali, że wówczas rzadziej zdarzały się zranienia naczyń. Oprócz postępu w pomocy lekarskiej na polu bitwy, ulepszenia transportu etc. zależy ta ciągle wzrastająca częstość ran naczyniowych od właściwości ballistycznych współczesnych pocisków. Kula karabinowa o niewielkiej średnicy dzięki swemu kształtowi śpiczastemu, a zwłaszcza wskutek ogromnej szybkości, którą posiada, może nawet przebić naczynie na wylot, a jednak powstałe w ten sposób otwory będą względnie niewielkie i krwawienie mierne. Jeszcze mniejszym może być ubytek ściany naczynia, jeżeli kula tylko otarła się o nie, co się zdarza wcale nie rzadko. W tym przypadku mogą nawet nie wszystkie warstwy ściany naczyniowej uledz uszkodzeniu. Również i pociski artyleryjskie współczesne, a przynajmniej niektóre ich rodzaje, rozrywają się na malutkie, o ostrych brzegach odłamy i te również względnie niewielką ranę naczyniu mogą zadać. O ile więc dawne kule ołowiane, duże, okrągłe lub również zwykle bardzo duże odłamy granatów przy zetknięciu się z pęczkiem naczyniowym rozrywały go na znacznej przestrzeni, powodując olbrzymi krwotok, o tyle w obecnej wojnie często napotykano rany nawet bardzo wielkich naczyń, lecz względnie z niewielką utratą krwi. Niejednokrotnie sam widziałem rannych z uszkodzeniem tętnicy podobojczykowej w 2—3 godziny po zranieniu. Pomimo krwotoku wewnętrznego i zewnętrznego przybywali oni jednak z względnie niezłem tętnem i w stanie pozwalającym na dokonanie zabiegu. Ta właściwość współczesnych pocisków wraz z szybkim transportem rannych z pola bitwy jest główną przyczyną owej rzekomej większej częstości ran naczyniowych w ostatniej wojnie.

Lecz nietylko twierdzą wszyscy zgodnie, że zranienia naczyń są zjawiskiem częstem; również jednomyślnem jest zdanie, że obrażenia te należą do kategorji ran ciężkich. Podkreślają to zwłaszcza z pośród autorów francuskich Frouin i Leriche, z niemieckich zaś Graf i Haberer. Podług obliczeń Liek'a śmiertelność przy ranach naczyń wogóle wynosi 52%, a naczyń kończyn dolnych osięga nawet 85%. Jeżeli liczby te, jako oparte na nienazbyt wielkim materjale, może i są nieco przesadzone, to jednak nie ulega wątpliwości, że rany naczyń, nawet na pierwszy rzut oka względnie nie bardzo ciężkie, dają w warunkach wojennych bardzo poważny odsetek śmiertelności. Składa się na to kilka przyczyn. Nie tylko bowiem krwotok pierwotny lub wtórny oraz inne zaburzenia krwiobiegu, jak zatory etc., mogą spowodować zejście śmiertelne, lecz, i to może jeszcze w większym stopniu, zagrażają życiu powikłania przyranne. Zwykle bowiem przy zranieniu naczynia powstaje wylew krwawy w okolicy rany, tkanki ulegają odwarstwieniu i uciskowi, krwiobieg jest naruszony, wszystko to razem jeszcze z mniejszą lub większą utratą krwi czyni ustrój znacznie mniej odpornym a rany podatniejsze dla zakażenia. Heidler obliczył, że w 85% ropowic gazowych przyrannych były uszkodzone naczynia, a z pozostałych 15%, gdzie naczynia były całe, badanie bakterjologiczne wykazało bez wyjątku prawdziwą gazówkę. Również i z zestawień innych autorów wynika, że rany naczyniowe obfitują w powikłania.

Jeżeli przejdziemy teraz do objawów, które towarzyszą ranom naczyń, to tu może najjaskrawiej zaznacza się przewrót, jakiego dokonała wojna w naszych poglądach. O ile bowiem przedtem uważaliśmy krwotok jako pierwszy i niemal nieodzowny objaw, o tyle okazało się podczas wojny

i potwierdziły to nader liczne spostrzeżenia, że może go nie-być zupełnie. Nie jest to właściwie rzecz nowa, przeciwnie było to już znane dawnym autorom. Pirogow np. bardzo szczegółowo opisuje rany dużych naczyń, zupełnie niekrwawiące.

Jednakże okoliczność ta pozostała nieznaną ogółowi lekarzy i dlatego zasługą bezsporną Fiolles'a i Haberer'a było zwrócenie w pierwszym okresie wojny uwagi ogólnej na owe »rany suche«, *plaies seches*, jak je nazywa Fiolles. Nie należą one do rzadkości, każden chirurg, który miał do czynienia z większą liczbą świeżych zranień naczyń, niejednokrotnie spostrzegał ten objaw. Nawet największe naczynia, jak np. tętnica podobojczykowa (Fasano), mogą być zupełnie przerwane i jednak nie krwawić. Przyczyny tego zjawiska mogą być różnorodne. Od czasu John Hunter'a wiemy, że błona wewnętrzna przy urazie naczynia może się zwinąć ku wewnątrz, zlepić i w ten sposób krwawienie może nie wystąpić. Niezawodnie zdarza się to, jak wykazał Leriche, lecz niezawsze. Częściej nie bywa krwotoku wskutek silnego skurczu ścian naczynia (Leriche i Convert). Skurcz ten jest pochodzenia odruchowego i zależy od silnego podrażnienia splotu współczulnego wskutek urazu. Że tak jest, dowodzi spostrzeżenie Kroh'a, silny skurcz naczyń po urazie tępym (zasypanie ziemią) oraz badanie doświadczalne. Zresztą każdy, kto wykonywał lub widział tak modną obecnie sympatektomję okołotętniczą, mógł spostrzedz, że bezpośrednio po zabiegu następuje silny odruchowy skurcz naczyń, a dopiero potem rozszerzenie.

W rzadkich przypadkach nieobecność krwawienia może być wytłumaczona i w inny sposób (Leriche i Dupin, przypadek bocznego zranienia tętnicy szyjowej: otwór zatkany lejowato wciągniętą przez siłę ssącą pocisku błoną wewnętrzną).

Bez względu jednak na sposób powstawania rzeczą dowiedzioną obecnie jest, że rany suche zdarzają się i zdarzają się rzadko, i dlatego rzeczywiście należy się wielkie uznanie Fiolles'owi za skierowanie na to uwagi. Przeoczenie bowiem takiej rany suchej grozi bardzo smutnemi następstwami dla rannego, jak to widać z przypadku Camera'y, gdzie nastąpiło zejście śmiertelne, wskutek krwotoku nagłego z tętnicy udowej; była to nierozpoznana rana sucha. W rzeczywistości zdarzało się to o wiele częściej, niż to z ogłoszonych prac można wnioskować.

Jeżeli jednak krwotok nie jest cechą charakterystyczną rany naczyniowej, to nasuwa się pytanie, czem wogóle mamy się kierować, mając przed sobą niekrwawiącą ranę w pobliżu wielkich naczyń. Brak lub obecność tętna, jak to już zdawna wiadomo, również nie jest objawem wyjaśniającym sprawę. Tętno może być zupełnie dobrze wyczuwalne nawet przy zupełnem przerwaniu naczynia, jeżeli krwiobieg boczny już zdążył się rozwinąć; brak zaś tętna też niczego nie dowodzi, bo może zależeć od przyczyn ze zranieniem naczynia nic wspólnego nie mających.

Sencert mniewa, że zawsze przy zranieniu większego pnia naczyniowego zjawia się ból dotkliwy i bezwład w okolicy rozgałęzienia naczynia. Zespół ten, aczkolwiek niekiedy udaje się go spostrzegać, nie jest bynajmniej stałym, niektórzy, jak np. Camera, przeczą wogóle jego istnieniu. Ja sam osobiście, chociaż widziałem sporo ran naczyniowych, tylko wyjątkowo zespół Sencert'a spotykałem i to w przypadkach, gdy i bez niego jasnem było uszkodzenie naczynia. Nie posiada więc i ten objaw większej wartości rozpoznawczej. Nie posiadamy więc dotychczas sposobu, za którego pomocą moglibyśmy napewno rozpoznać ranę naczynia. Nawet, jeżeli istnieje krwotok, to znowu, zwłaszcza na szyji, często niemożliwe jest rozpoznanie, jakie właściwie naczynie zostało uszkodzone. Wobec tego zupełnie uprawnione jest dążenie, popierane zwłaszcza przez Costantini'ego i Graf'a, aby każdą ranę o przebiegu takim, że zranienie większych naczyń nie może być wykluczonem, szeroko otwierać i poddawać dokładnym oględzinom. Żądanie to, aczkolwiek zupełnie słuszne i celowe, nie może być niestety w całej rozciągłości stosowane na polu bitwy, lecz w warunkach pokojowych przy ranach przypadkowych gorąco polecić je należy, albowiem tylko takiem postępowaniem czynnem uchronić możemy chorego od krwotoków wtórnych, powstawania tętniaków i innych następstw nieopatrzonego uszkodzenia naczynia. Częstość krwotoków wtórnych nie ulega wątpliwości (Radliński, Węgłowski, Rost, Liénart); nadzieje na samorzutne zabliźnienie zranionego naczynia są bardzo nikłe.

W sposobach odsłonięcia naczyń wojna również poczyniła spore zmiany. Dawne, klasyczne cięcia, jak je uczyła stosować chirurgja operacyjna przy podwiązywaniu tętnic, okazały się, zwłaszcza na szyji, zupełnie niewystarczającemi. Rzeczywiście, pierwszym i nieodzownym warunkiem celowej pomocy chirurgicznej przy zranieniu naczyń jest obszerny dostęp, szeroko odsłaniający pęczek naczyniowy na większej przestrzeni. Cięcia więc muszą być duże, kierunek ich powinien być taki, aby możliwem było, przedłużając cięcie, odsłonić też w razie potrzeby i okolicę, z której zranione naczynie bierze swój początek. Dotyczy to zwłaszcza szyji, gdzie często zachodzi konieczność odsłonięcia i naczyń podobojczykowych. Zadalekoby nas zaprowadziło wyliczanie cięć, podanych przez rozmaitych autorów. Zaznaczę tylko, że na szyji większość posługuje się cięciami płatowemi, jako dającemi większy dostęp. Najwięcej może podano sposobów odsłonięcia naczyń podobojczykowych. Każdy, kto miał możność częściej na naczyniach tych wykonywać zabiegi, wie dobrze, jak ogromnie przeszkadza obojczyk; często uniemożliwia on wprost należyte odsłonięcie. Stąd rozmaite próby czasowego odchylenia i usunięcia z pola operacyjnego obojczyka. Niektórzy przepiłowują obojczyk i w ten sposób usiłują osiągnąć dostęp. Sposób ten, polecany zwłaszcza przez Catterini'ego, jest ogólnie znanym i był często stosowany. Prawie każdy z chirurgów, posługujących się tą metodą, wprowadzał pewne osobiste zmiany. Tyczą się one przeważnie cięcia skórnego i miejsca przepiłowania obojczyka. Mniej znanym jest sposób podany przez Dobrowolską, polegający na czasowem wyłuszczeniu obojczyka w stawie mostkowo-obojczykowym i odchylenie go bądź ku górze, bądź ku przodowi na zewnątrz, jak to czynił Costentini, który, niezależnie od Dobrowolskiej, też ten sposób stosował, aczkolwiek z innem nieco cięciem skórnem. Sposób ten, jak miałem możność dwukrotnie sam się przekonać, odkrywa rzeczywiście bardzo obszerny dostęp do okolicy wielkich naczyń podobojczykowych. Nie wymaga on też szwu kostnego, a podług ostatniej pracy Dobrowolskiej, obojczyk przygaja się dobrze i czynność kończyny pozostaje dobrą. Moich dwóch przypadków nie mogłem aż do zagojenia spostrzegać, więc nie mogę się wypowiedzieć co do następstw takiego wyłuszczenia. O ile naczynia są zranione bardzo nisko, tuż u łuku tętnicy głównej, lub sam łuk, możemy posługiwać się bądź którem kolwiek cięciem wytwarzającem płat z rękojeści mostka i żeber, bądź sposobem Duval'a i Barnsby'ego, polegającym na rozcięciu pośrodkowem i rozsunięciu rękojeści mostka.

Dla odsłonięcia tętnicy kręgowej, zwykle pomijanej w podręcznikach chirurgji operacyjnej, również podano kilka sposobów odsłonięcia (Hallopeau, Gouverneur, Küttner, Drüner); opis ich zadalekoby nas zaprowadził. Zauważyć należy, że rany tej tętnicy, acz rzadkie, zdarzały się jednak i niektórzy autorzy mieli po kilka nawet własnych przypadków (Hallopeau, Küttner, Lutz, Keusch). W większości przypadków przebieg był pomyślny.

Gdy więc w ten lub inny sposób, zgodnie z żądaniem Fiolles'a i Delmes'a, okolica pęczka naczyniowego została odsłonięta, należy opanować krwotok (o ile jest), uciskając tamponem, i odsłaniać, preparując jedno naczynie po drugiem, biorąc każde na dwie prowizoryczne pętle. Gdy wszystkie naczynia są w ten sposób zabezpieczone, usuwamy tampon i, obluźniając tę lub inną pętlę, przekonywujemy się, skąd i z jakiego naczynia krwawi. Wszelkie łapanie na ślepo nie jest celowem, a tylko wyżej wymienione postępowanie, nawet przy sporym krwotoku, umożliwi nam odnalezienie rany naczynia. Zwłaszcza na szyji w okolicach nad i podobojczykowych, pachwinowych i pachowych należy zalecić takie metodyczne odsłanianie i oglądanie naczyń, gdyż i ła-

twiej i pewniej odnajdziemy uszkodzenie i opanujemy krwotok, niż usiłując wprost złapać zaciskadłem krwawiące miejsce. Na kończynach, oraz wogóle wszędzie tam, gdzie najwyżej może być wątpliwość, czy tętnica, czy żyła jest uszkodzoną, postępowanie takie nie jest, rzecz prosta, bezwzględnie konieczne, lecz tam, gdzie w grę może wchodzić kilka naczyń, jak np. na szyji, jedynie ono prowadzi do celu. Często bowiem okazuje się, że wcale nie to naczynie, które uprzednio przypuszczaliśmy, jest uszkodzone.

Gdy w ten lub inny sposób została znaleziona i należycie odsłonięta rana naczynia, powstaje pytanie, co czynić dalej, czy podwiązać, czy usiłować zeszyć. Spór co do pierwszeństwa podwiązki lub szwu rozgorzał podczas wojny z ogromną siłą i do dziś jeszcze nie jest zupełnie skończony, aczkolwiek niektóre strony tego dylematu zostały ostatecznie wyjaśnione. Na początku wojny, gdy ogół chirurgów pozostawał pod wrażeniem, że szew naczyniowy jest bezsporną domeną li tylko Olimpu chirurgicznego, podwiązywanie było na porządku dziennym. Gdy jednak życie wykazało, że szew nie wymaga ani specjalnego instrumentarjum, ani nadzwyczajnej techniki, coraz więcej poczęło ukazywać się zwolenników szwu i niektórzy posunęli się tak daleko, że uważali szew za wskazany prawie wszędzie. Podwiązka miała być zachowaną tylko jako *malum necessarium* dla wyjątkowych przypadków. Pytanie to zajmowało tak umysły, że nietylko prawie każdy z autorów, podając swe spostrzeżenia z dziedziny ran naczyniowych, zaraz zastrzega się, że należy do tego, czy owego obozu, lecz i na wszystkich prawie zjazdach, a więc chirurgów włoskich, francuskich i ostatnio polskich było ono przedmiotem gorących rozpraw. Obóz bezwzględnych stronników podwiązywania zmniejszył się znacznie, lecz jednak ani ta, ani druga strona nie zdołały wyjść zwycięsko z zapasów, a to dla tej prostej przyczyny, że nie można tej kwestji ogólnikowo rozstrzygać, lecz tylko od przypadku do przypadku. Decyzja bowiem zależy od bardzo wielu czynników i narzucenie z góry tego lub innego postępowania nie jest rzeczą możliwą. Rzecznicy podwiązywania, że z najgorętszych przytoczymy Margarucci'ego, Camera, Rühl'a i Okinczyca, podnoszą względną łatwość, szybkość i pewność tego sposobu zatrzymywania krwotoku. Niezawodnie, są to wielkie zalety, lecz nie należy zamykać oczu, jak to niektórzy z autorów czynią, na strony ujemne podwiązki. Przedewszystkiem niweczy ona prawidłowy dopływ krwi, skazując daną okolicę na krwiobieg obwodowy, o którym nigdy nie możemy mieć pewności, czy będzie wystarczającym. Jedynie objaw Coenen'a, którego doniosłość słusznie podkreślał niejednokrotnie Radliński, może do pewnego stopnia wskazać, czy możemy pokładać nadzieję na ustalenie się krwiobiegu obwodowego. Co się tyczy łatwości i szybkości, to nie tak bardzo znowu trudnem i długotrwającem jest zeszycie naczynia. Pewność zatrzymania krwotoku również nie jest bezwzględną, gdyż krwotoki wtórne po podwiązaniu nie należą do rzadkości. Wreszcie w ostatnich czasach zwrócono uwagę na czynnik dotychczas pomijany zwykle milczeniem, mianowicie na wpływ układu współczulnego. Splot współczulny okołonaczyniowy uszkodzony, przy zeszyciu naczynia może się znowu zrosnąć i ciągłość impulsu nerwowego będzie utrzymana. Przy podwiązaniu jestto nie możliwe, stąd upośledzenie krwiobiegu pochodzenia nerwowego, na co zwrócił uwagę pomiędzy innymi Graf. Aby uniknąć tego choć częściowo radzę przy podwiązywaniu, o ile naczynie nie jest już przerwane zupełnie, pozostawiać mostek z ściany naczynia między podwiązkami. Z tego też powodu odrzucić należy praktykowane dotychczas przecinanie naczynia pomiędzy podwiązkami.

Najpoważniejszym zarzutem przeciw podwiązywaniu pozostaną jednak bezwątpienia zaburzenia w ukrwieniu odnośnej okolicy i wywoływana przez nie zgorzel i inne powikłania. Podług przedwojennej statystyki Wolf'a na kończynie górnej po podwiązaniu zgorzel bywa w 17,3%, na dolnej w 24%. Makins podaje podobne liczby. Zestawienia te mają jednak wartość wątpliwą, gdyż nie uwzględniają wielu czynników. Nie tylko bowiem wiele zależy, od tego, jaka tętnica została podwiązaną, lecz i od miejsca samej podwiązki. Podług spostrzeżeń Radlińskiego np. znacznie rzadziej bywa zgorzel przy podwiązaniu tętnicy udowej tuż pod wiązadłem pachwinowem, niż niżej już po odejściu tętnicy głębokiej uda. Leriche i Policard twierdzą, że ukrwienie kończyny górnej po podwiązaniu tętnicy pachowej lub ramiennej u jej początku jest znacznie lepsze, jeżeli dodamy drugą podwiązkę w dolnej części tętnicy ramiennej. Jeszcze drugi czynnik można przytoczyć jako dowód illuzoryczności danych statystycznych i jako wytłumaczenie rozbieżności poglądów co do niebezpieczeństwa zgorzeli przy podwiązywaniu tego lub innego naczynia. Oto wiele bardzo zależy, czy mamy do czynienia z raną zupełnie świeżą, czy też podwiązujemy z powodu krwotoku wtórnego. W tym ostatnim przypadku bowiem już istnieje krwiobieg obwodowy i podwiązanie nie wpłynie ujemnie na ukrwienie kończyny. Dlatego też chirurdzy czynni w szpitalach tyłowych rzadziej widywali zgorzel po podwiązaniu, niż lekarze frontowi. Ci ostatni, podwiązując nie wiedzieli, czy krwiobieg obwodowy okaże się wystarczającym, podczas gdy pierwsi otrzymywali przypadki tylko z dostatecznym krwiobiegiem obwodowym, albowiem wszystkie inne już zdążyły dostać zgorzeli i były amputowane przed przybyciem do szpitala. D. n.

Oceny i sprawozdania.

Dr. Seweryn Sterling: **»Suchoty płuc pospolite«.** Compendium, Łódź, Ludwik Fiszer 1921 r. in 8° str. 282.

Dr. Seweryn Sterling, jeden z najwybitniejszych w Polsce badaczy w dziedzinie gruźlicy i jeden z najbardziej zasłużonych bojowników na polu walki z tą klęską społeczną, wzbogacił ubogie nasze piśmiennictwo lekarskie dziełem pierwszorzędnej wartości teoretycznej, klinicznej i społecznej.

Autor we wstępie powiada: »Compendium to jest treściwym wykładem obecnego stanu wiedzy o suchotach, opartem w części klinicznej w stopniu znacznym na własnem przeszło trzydziestoletniem spostrzeganiu«. Istotnie tytuł zupełnie odpowiada treści dzieła. W 13-tu rozdziałach autor zebrał wyniki dokonanych i dokonywanych w cywilizowanym świecie badań teoretycznych i klinicznych z dziedziny gruźlicy, przyczem słusznie w tymże ustępie podkreśla, że »nauka o gruźlicy jest *in statu nascendi*, dopiero postawiła sobie szereg zadań do rozwiązania«. Wszystkie te zadania porusza autor, wytrawny znawca wiedzy lekarskiej wogóle, a specjalnie gruźlicy. Obdarzony dużym zmysłem klinicznym szuka on sprawdzianu wątpliwych postulatów w bezstronnej analizie otrzymanych dotąd wyników badań z zakresu gruźlicy.

Wązkie ramy sprawozdania pozwalają mi niestety tylko na krótkie omówienie najważniejszych punktów. Etjologja, anatomja patologiczna i patogeneza stanowią klucz do całego dzieła. Bez należytego przestudjowania ich (podkreślam to słowo) niepodobna dokładnie zrozumieć dalszych wywodów. W krótkich treściwych słowach określona jest rola »więzi organizmu«, jako podłoża i »kondycji«, jako czynników usposabiających do rozwoju suchot płucnych przez wtargnięcie lasecznika Kocha, jako jedynego sprawcy tej choroby. Rozbierając z jednej strony wszelkie biologiczne właściwości lasecznika, a z drugiej cechy prawidłowej oraz zniekształconej w swej budowie klatki piersiowej, autor podkreśla pewne specjalne właściwości naczyń krwionośnych i chłonnych w płucnem krążeniu i w ten sposób wyjaśnia, dlaczego mianowicie płuca, a specjalnie ich szczyty, przedstawiają *locus minoris resistentiae* przy ogólnem zakażeniu gruźliczem. Z tych przesłanek wyprowadza ważny, choć dotąd sporny w nauce wniosek, że niezależnie od bramy wtargnięcia lasecznika naczynia chłonne i krwionośne są głównemi drogami jego rozszerzania się w ustroju. W tej sprawie autor jest zwolennikiem teorji Calmette'a.

Anatomja patologiczna. Rozróżniając 2 znane zasadnicze postacie zmian histologicznych w tkankach: wytwórczą i wysiękową, na podstawie których rozwijają się znane również 2 typy suchot: włóknisty i rozpadowy, autor poświęca specjalną uwagę zapalnej odmianie gruźlicy, przy której lasecznik wywołuje przewlekłe zapalenie ze zmianami

tkankowemi o charakterze nie swoistym. (Typem tej odmiany jest gościec gruźliczy Ponceta). Słusznem jest zdanie autora, że ta postać zapalna dotąd, dodajmy, mało znana, stanowi osobny dział w patologji gruźlicy, który sobie dopiero »wywalcza stanowisko w nozologji« (str. 26). Na uwagę zasługuje rozdział patogeneza, gdzie autor zwięźle na 15 stronach wyłożył wszystko to, co wiadomo o walce ustroju z lasecznikiem, a więc: wrażliwość jego na jady gruźlicze, jego siły odporne, środki ochronne i sposoby walki, rola zakażenia pierwotnego i następczego (superinfekcja), mających za punkt wyjścia tak zwany »fenomen Kocha«, etc. etc. We wnioskach swych autor całą walkę ustroju z gruźlicą streszcza w następujących słowach: »Sprawy biologiczne, jakie rozgrywają się w organizmie ludzkim, z chwilą wtargnięcia lasecznika gruźlicy mają charakter obrony organizmu dwiema drogami: przez usiłowanie strawienia ciała pasorzyta (działanie lityczne) lub zobojętnienie jego toksyn (działanie antytoksyczne) i przez usiłowanie wydalenia z organizmu zmienionych chorobowo tkanek (sekwestracja), współrzędnie przez odosobnienie« (str. 37).

Jako kwintesencja tych teoretycznych rozważań w zgodzie z doświadczeniami nad zwierzętami i z kliniką ludzką wyłania się wniosek, że nieznaczne pierwotne zakażenie w wieku dziecięcym niebezpiecznem nie jest. Przeciwnie wprowadza ono ustrój w stan »allergji« (uczulenia), wywołuje w nim pogotowie obronne, zarówno w płynach, jak i w tkankach, uzbraja go w środki do walki z następczem zakażeniem, a staje się ono wtedy niebezpiecznem, gdy superinfekcja (*endo* lub *exogen*) odbywa się »*en masse*«, laseczniki zaś posiadają wysoki stopień jadowitości (teorja Romera). Te trzy rozdziały wymagają bardzo gruntownego przestudjowania.

Przechodzimy do kliniki (str. 47—172), zwracając przedewszystkiem uwagę na wstęp: »przyczyny anatom. zmian opuk. i osłuch.« (str. 54—56), jako podstawę do zrozumienia całej różnobarwności tych objawów i wyciągnięcia z nich odpowiednich wniosków dla postawienia należytego rozpoznania.

Wart podkreślenia świetnie opracowany ustęp »cel badania promieniami Roentgena« (str. 67—74), w którym autor naznacza promieniom tym należne miejsce przy rozpoznaniu, omawia dokładnie wyniki badań, oraz ostrzega przed możliwemi pomyłkami przy niewłaściwem odczytywaniu skiagramów.

Pomijając opisy różnych klinicznych szczegółów, co znajdujemy w każdej innej książce o gruźlicy, zwracamy uwagę na ustęp o »krwioplucіach«, o których autor na 3-ch stronach powiedział więcej, niż całe monografje im poświęcone, oraz na ustęp o »gorączce« (str. 77—82), w którym autor, opierając się na rozważaniach teoretycznych i własnem doświadczeniu, daje odbiegające od przestarzałych metod własne wskazówki lecznicze.

Przebieg, rozpoznanie, powikłania, rozpoznanie różniczkowe: Te 4 rozdziały stanowią jedną kliniczną całość, ściśle związaną z poprzedniemi rozważaniami naukowemi, są niejako praktycznym wykładnikiem teoretycznych postulatów.

Pomijamy wszelkie znane postacie gruźlicy i zaznaczamy tylko »gruźlicę poronną« Brda, której opisowi autor poświęca należne miejsce, następnie »suchoty utajone«, o których w swoim czasie pisał A. Sokołowski, wreszcie zmienne okresy gruźlicy czynnej i nieczynnej.

Na specjalną uwagę zasługuje rozpoznanie początku suchot, niejednokrotnie połączone z dużemi trudnościami. Autor uwzględnia wszelkie znane metody biologiczne i operuje z całą finezją najsubtelniejszemi sposobami fizykalnego badania.

W tym dziale klinicznym uwypukla autor 2 schorzenia, niejednokrotnie pomijane lub mylnie interpretowane, a mianowicie: szczytowe zapalenie oskrzelików i szczytowe zapalenie opłucny, opracowane przez klinicystów francuskich (str. 126—128). Dalej autor ostrzega również przed zbyt pośpiesznem wtłaczaniem w ramy gruźlicy całego szeregu innych schorzeń, jako to promienicy, przymiotu, nowotworów płucnych etc. wreszcie, kładzie słuszny nacisk na specjalny przebieg gruźlicy u dzieci i u starców.

Rokowanie. Omówiwszy wyniki badań pośmiertnych Nägelego, Lubarscha, Burchhardta i innych, które liczbowo wykazują 50—60% gruźlicy samowyleczonej u ludzi dorosłych, autor w związku z poprzedniemi teoretycznemi i klinicznemi postulatami opiera rokowanie na swej własnej klasyfikacji suchot, którą uważam za najlepszą ze wszystkich mi znanych, a której tu bliżej wyjaśniać nie będę.

Leczenie. »Podpatrzyliśmy naturze« powiada autor, »niektóre zaledwie szczegóły taktyki, jaką się posługuje ustrój w walce z lasecznikiem gruźlicy«. Z tego wynika, że nie posiadamy środków zdolnych bezpośrednio zniszczyć zarazek wewnątrz ustroju, lecz tylko środki wzmacniające ten ustrój w walce z lasecznikiem. A więc sporo miejsca zajmuje w compendium opis metody higjeniczno-djetetycznej, inaczej mówiąc klimatycznej (powietrze, słońce, kąpiele słoneczne etc.), dozowanie ruchu, odpowiednie odżywianie, cały arsenał środków farmaceutycznych, skierowanych wyłącznie ku objawom choroby, wreszcie sztuczna odma, stosowana po raz pierwszy w b. Kongresówce przez autora, jej technika, wskazania lecznicze, przebieg, powikłania (zator gazowy, rozedma podskórna) przy niemożności założenia jej z powodu zrostów opłucny; autor omawia zwięźle, lecz jasno, zabiegi operacyjne jak torakoplastykę, plomba płuc, frenikotomja. Na zakończenie omawia Sterling szczegółowo tak zwane swoiste leczenie gruźlicy, zarówno przez uodpornienie bierne różnemi surowicami (Maragliano, Marmoreck etc.), jako też i czynne — starą tuberkuliną Kocha i całym szeregiem innych pokrewnych jej preparatów, uważa on dodatnie wyniki za pewne tylko w postaci gruźlicy zapalnej, a także i w II. okresie suchot. Sam jednak zaznacza, że w tym okresie i bez tuberkuliny, wyłącznie metoda hygjen.-djetetyczna daje również pomyślne rezultaty. Ten sceptycyzm jest aż nadto usprawiedliwiony.

Na zakończenie jeszcze słów parę. Osobny rozdział »Rozwój poglądów na suchoty płucne«, uważam za zbędny, gdyż powinien znaleźć miejsce w pierwszych trzech rozdziałach i istotnie w znacznej części już znalazł.

O rozdziale »zapobieganie« (str. 172—191) nie mówiliśmy z rozmysłem. Zrozumieć go może każdy — nietylko lekarz. Jest tam cały plan ochrony, obrony i walki z zarazkiem. Każdy laik, który dba o własne zdrowie i o zdrowie swej rodziny, a myśli także o zdrowiu całego społeczeństwa, powinien umieć ten rozdział na pamięć, tembardziej wszystkie władze rządowe, komunalne i wszystkie instytucje społeczne. Każdy lekarz powinien przeczytać piękną i pożyteczną książkę rozdział za rozdziałem i wniknąć głęboko w treść każdego z nich, a z pewnością nie pożałuje poświęconego na to czasu.

Dr. K. Dłuski.

Przegląd piśmiennictwa.

Czasopisma archiwalne.

Higjena.

The Lancet.

29 X. 1921.

Sanderson Clow. **W sprawie wychowania fizycznego dziewczyn.** Na posiedzeniu Tow. Medycyny Wychowawczej (*Medical officers of schols association*) pani S. C. wygłosiła odczyt, w którym wypowiedziała się w sprawie wychowania fizycznego, a w szczególności gier i zabaw dla dziewcząt wieku szkolnego. Przedewszystkiem protestuje ona przeciw poglądowi, jakoby dla chłopców były bardziej potrzebne ćwiczenia fizyczne, niż dla ich sióstr. Z przeróżnych ćwiczeń i gier, które roztrząsa starannie po kolei, zaleca nadewszystko musztrę, gimnastykę i pływanie. Wrogami ćwiczeń powyższych są nadewszystko ludzie starszego pokolenia, którzy nie mieli możności doświadczyć na sobie samych dobroczynnego wpływu sportów. Należy zwracać uwagę na to, by nie przemęczać młodego ustroju, to też wszelkie gry ruchome na świeżem powietrzu nie powinny trwać dłużej nad jedną godzinę. Przed przystąpieniem do gry należy pamiętać o opróżnieniu pęcherza moczowego. Pełen żołądek nie stanowi przeciwwskazania do ruchów przy zabawie. Czy sporty działają dodatnio na czynność narządów rozrodczych, najlepszą odpowiedź dają nam dzieje ludzkości z pradawnych czasów, wykazujące, że te na-

rody nalepiej i najliczniej się rozmnażały, u których kobiety jeździły konno, polowały, potykały się z wrogiem etc. Dr. Clow zwróciła szczególną uwagę na wpływ gier na przebieg menstruacji i przekonała się, że wszelkie zaburzenia w nich zdarzają się częściej wśród dziewczyn powstrzymujących się od ruchów podczas miesiączkowania, aniżeli u tych, które nie przerywają wcale w tym okresie ćwiczeń fizycznych. Od 8-iu lat zaleca ona swym pupilkom zabawy i zwykłe kąpiele ciepłe podczas perjodu, a wynik jest ten, że dziewczęta czują się daleko lepiej, wyzbyły się swych okresowych bólów głowy i tp. dolegliwości. Fakt ten znajduje jaskrawe potwierdzenie w cyfrach starannie notowanych. Potwierdzenie powyższego widzimy również w zestawieniu »klas wysoko położonych« z warstwami robotniczemi, gdzie kobiety, pracując ciężko fizycznie, wyrastają na zdrowe matki, przebywające z największą łatwością ciąże i bardzo rzadko cierpiące na zaburzenia miesiączkowe.

E. Lewenstern. (Warszawa).

Choroby wewnętrzne.

The Lancet.
N. 18 T. II. 1921.

A. Gibson. **O przewlekłych chorobach zapalnych śledziony. Wykład kliniczny.** Przyjęty obecnie kliniczny podział chorób śledziony, aczkolwiek zaspokaja potrzeby praktyczne, nie liczy się dostatecznie z ich etiologją i nie ma ściśle naukowej podstawy. Prawdopodobnie większość przewlekłych zapaleń śledziony powstaje na tle zakażenia. Zarazki mogą przedostawać się bezpośrednio z krwi, jak w gruźlicy i kile, bądź z czerwonych krwinek wskutek ich rozpadu, jak się to dzieje w zimnicy i kala-azar. Wreszcie śledziona, jako największy gruczoł chłonny brzucha, może zatrzymywać zarazki, mające źródło w pierwotnem zakażeniu jelit. Pomijając ogniska serowate i kilaki, zmiany śledziony widoczne gołem okiem, i drobnowidowo nie są dość charakterystyczne i mają wiele cech wspólnych w różnych zakażeniach i chorobach przewlekłych. Z drugiej zaś strony, obrazy klniczne, na które składa się cały szereg objawów, jak powiększenie śledziony, niedokrwistość, niedostatek lub nadmiar krwinek białych, rzadko nadmiar czerwonych, wtórne cierpienie wątroby, wymioty krwawe, jeżeli chodzi o rozpoznanie etjologiczne, nie dają dostatecznych rękojmi. Określenie przyczyny choroby, będące zasadniczym warunkiem rozpoznania naukowego, wymaga gruntownych badań bakterjologicznych. Muszą one spełnić 3 główne zadania: wykryć zarazek, o ile można, w tkance śledziony, wyosobnić go na sztucznych podłożach i przekonać się o sposobie działania na ustrój zwierzęcy. W niektórych przypadkach powiększenia śledziony ani dodatni odczyn Wassermanna, ani pomyślne wyniki leczenia swoistego nie są bezwględnie przekonywujące co do kiłowego pochodzenia choroby. Na 25 przypadków pierwotnego kiłowego powiększenia śledziony, zebranych z piśmiennictwa i zestawionych w pracy autora, tylko z dwóch przypadków Giffen'a z kliniki Mayo mamy dowód oczywisty w postaci krętków, stwierdzonych w ścianach tętniczek. Te same uwagi dotyczą również pierwotnej gruźlicy śledziony. Na 51 przypadków, zebranych do roku 1912 przez Winternitza, tylko w 17 opisano obecność laseczników gruźliczych w śledzionie. Przechodząc do zapaleń przewlekłych o nieznanej dotąd etjologji, zatrzymuje się autor dłużej na żółtaczce hemolitycznej i niedokrwistości śledzionowej. W ogłoszonym niedawno przypadku żółtaczki hemolitycznej autor wyosobnił z miazgi śledzionowej Streptothrix typu promieniczego, którego kultura po wstrzyknięciu śródotrzewnem wywoływała u małp powiększenie śledziony. Prócz tego opisuje autor 2 przypadki niedokrwistości śledzionowej: w pierwszym stwierdzono w śledzionie drobnoustrój gramoujemny typu Cladothrix, rosnący na agarze i nieszkodliwy dla świnek morskich i myszy. W przypadku drugim wykryto prątki gramoujemne, których kultury w postaci białych opalizujących włókienek na podłożu agarowem przypominały nieco kultury paraduru B. Wstrzykiwania śródotrzewne, nieszkodliwe dla świnek, były dla królików śmiertelne. W końcu wypowiada autor przypuszczenie, że przyszłe badania w tym kierunku pozwolą oprzeć klasyfikację przewlekłych chorób śledziony na etjologicznej podstawie i uzgodnić ją z obserwacją kliniczną.

A. Ellis i Clark-Kennedy. **Wstrzymanie migotania przedsionków pod wpływem chinidyny.** Autorzy opisują 7 przypadków migotania przedsionków, przeważnie na tle schorzenia zastawki dwudzielnej, leczonych chinidyną. Dawka początkowa 5 gramów (0.3), później zależnie od znoszenia (bóle, biegunka, poty, osutka w rodzaju płoniczej), 10 gramów 3 razy dziennie. Jeden chory przez 18 dni użył 375 gramów (22.5) chinidyny. W pięciu przypadkach spostrzegano powrót prawidłowego rytmu. Świadczyły o tem zdjęcia poligraficzne, a nadto u 2 chorych, zjawienie się szmeru przedskurczowego na koniuszku serca. W jednym przypadku nastąpił nawrót migotania zaraz po odstawieniu leku, a następnie drugi raz, po zmniejszeniu dawki. U 2 chorych wkrótce po ustaleniu się prawidłowego rytmu wytworzył się zawał zatorowy w narządach wewnętrznych. Prawidłowy skurcz przedsionka może wywołać uruchomienie skrzepów, powstających w czasie migotania. W jednym przypadku chinidyna powodowała przyspieszenie tętna, w innym, przed ostatecznem ustaleniem rytmu miarowego, spostrzegano względną prawidłowość z napadami niemiarowej i przyśpieszonej czynności serca. Poprawa ogólna chorych była mniejszą, aniżeli można było spodziewać się z góry, w każdym bądź razie powrót prawidłowej czynności serca nie przejawiał się szczególnemi zmianami w stanie i zachowaniu chorych. Jakie jest działanie farmakologiczne chinidyny, dotychczas nie wiemy. Prawdopodobnie znosi ona migotanie przedsionków, zwiększając przewodnictwo lub przedłużając okres odrętwienia mięśnia sercowego. Jest więcej jak pewne, że chinidyna zajmie kiedyś poważniejsze miejsce w leczeniu chorób sercowych, jednakże sąd o jej wartości praktycznej jest dzisiaj przedwczesny.

R. Guy. **Kwasica i objawy toksyczne ciężkiej biegunk w wieku niemowlęcym.** W 14 przypadkach ciężkiej biegunk u niemowląt stwierdził autor, że głównym objawem zatrucia była nadmierna czynność płuc (*hyperpnoea*), której towarzyszyło zmniejszenie zapasów alkalicznych we krwi. Objawy te wahały się wzajemnie w stosunku odwrotnym. Jeżeli po podaniu dwuwęglanu sodowego zasadowość krwi wracała do prawidłowego stanu, nadmierne przewietrzanie płuc, jak również ogólne objawy toksyczne zaczynały się zmniejszać. Niestety fakt ten pozostawał bez wyraźnego wpływu na przebieg choroby. Zdaje się więc, że kwasy patologiczne nie tracą własności trujących nawet po zobojętnieniu, jak to przypuszczamy co do kwasu aceto-octowego. Nadto mogą tworzyć się one szybciej, niż są wydzielane. Przypuszczenie, że zaraz w początkach choroby następuje jakieś głębokie i nieuleczalne uszkodzenie tkanek ustroju, nie znajduje potwierdzenia w badaniu pośmiertnem, które wykrywa tylko zmiany właściwe zapaleniu żołądka i jelit. Kwasica nie jest przyczyną, lecz skutkiem choroby. Będąc zaburzeniem funkcji, tak samo jak podniesienie ciepłoty lub przyśpieszenie czynności serca, wymaga ona również odpowiedniego leczenia. Wskazane są alkalja, płyny i środki, pobudzające wydzielanie. W badaniach powyższych oznaczano: Zmniejszenie zapasów zasadowych we krwi, czyli stopień kwasicy, według metody van Slyke'a na podstawie ilości c. cm. kwasu węglowego, którą może związać jako dwuwęglan 100 cm.^{3} osocza przy prawidłowej ciepłocie ciała i prawidłowej prężności CO_2 w powietrzu pęcherzykowem. Cukier oznaczano sposobem kalorymetrycznym (Lewis-Benedict). Cukromoczn i ketonurji nie było.

D. Firth i J. Bentley. **Zatrucie wilczą jagodą** (*belladonna*) **po spożyciu królika.** Autorzy opisują zatrucie 3 osób dorosłych po wspólnem spożyciu pieczonego królika. W dwie godziny po obiedzie stwierdzono typowe objawy zatrucia atropiną: rozszerzenie źrenic, suchość błon śluzowych, zawrót głowy, wybitne przyspieszenie tętna i w jednym przypadku wysypka o charakterze płoniczym. Objawy zatrucia trwały kilka godzin. U psa i kota, którym dano kawałek mięsa króliczego, stwierdzono również rozszerzenie źrenic i brak odczynu na światło. Badanie chemiczne pozostałego mięsa łącznie z wątrobą wykryło obecność atropiny. Spostrzeżenie autorów potwierdza zdanie Blyth'a, że króliki mogą spożywać większe

ilości wilczej jagody bez szkody dla siebie, jednakże mięso ich może być trujące.

K. Rozenfeld-Rożkowski. (Częstochowa).

Archives of internal medicine.

Kwiecień - czerwiec, 1921.

Sullivan, Stanton i Dawson. **Przemiana materji w rumieniu lombardzkim (pellagrze).** Nieprawidłowość przemiany materji, zwłaszcza w okresie czynnym, zaznaczała się zmniejszoną ilością wydzielanego fosforu pomimo djety ogólnej i obfitości mleka. W kiszkach zauważono zwiększenie się spraw gnilnych. W połowie przypadków znajdowano w moczu wałki lub białko, chociaż często widywano rumień wybitny bez zmian w nerkach. Stale spostrzegano zniżone wydzielanie azotu całkowitego i zwykłych składników moczu. Ilość mocznika zazwyczaj niską, stosunkowo wyższe liczby otrzymywano dla azotu amonowego. W okresie czynnym choroby poziom przemiany materji był zawsze niski, o czem świadczyła też mała ilość wydalanego kwasu moczowego i kreatyniny. Po upływie miesiąca przy stosowaniu odpowiedniej djety składniki moczu powracały do normy, wzmagała się ilość mocznika i spadała do poziomu zwykłego ilość związków amonowych. Według Goldbergera, Wheelera i Sydenstrickera odróżniać należy 2 typy choroby: 1) z wybitnemi objawami skórnemi i nieznacznem zwyrodnieniem fizycznem i 2) z małemi objawami skórnemi, lecz głębszem zajęciem układowem; temu ostatniemu towarzyszą większe zmiany w moczu.

F. Gorham. **Znaczenie kliniczne wahania się kwaśności w różnych częściach miazgi pokarmowej żołądka.** Tak zwane „częściowe" badanie treści żołądkowej w różnych okresach trawienia opiera się na przypuszczeniu, iż miazga pokarmowa stanowi mieszaninę jednorodną i że małe jej części (6 – 10 cm.³), co kwadrans wyciągane z żołądka, określają kwaśność całej zawartości. Autor na podstawie badań 65 osobników zdrowych i chorych dowodzi, iż przypuszczenie to jest mylne, gdyż kwaśność otrzymywanych próbek różni się od pozostającej w żołądku części i w dużym stopniu zależy od miejsca, w którem się znajduje główka zgłębnika żołądkowego w czasie badania. Aby mieć istotne pojęcie o kwaśności, należy żołądek przed badaniem wypłukać, a po podaniu pożywienia próbnego opróżnić całą zawartość i tę poddać badaniu. W ten sam sposób, aby poznać poszczególne okresy trawienia, należałoby kilkakrotnie podawać próby pożywieniowe i kilkakrotnie wyciągać całą zawartość żołądkową.

M. Myers, P. White. **Stosunek międzybiegunowych skurczów serca do tętna promieniowego.** Uderzenie międzybiegunowe jest to przedwczesny skurcz komory, po którym nie następuje przerwa wyrównawcza i który nie zakłóca głównego rytmu serca. Uderzeń międzybiegunowych przedsionków nie widujemy, musiałyby one odbić się na rytmie panującym. Nie może też być uderzeń międzybiegunowych w bloku serca (zahamowaniu przedsionkowo - komorowem), ponieważ tutaj rytmem panującym jest rytm komorowy. Autorowie badali płyty dextrokardjograficzne 2392 chorych głównego szpitala w Massachusetts (5000 płyt). Skurcze przedwczesne komorowe zauważono 284 razy, międzybiegunowe 24.

W rozpoznawaniu odróżniać należy:

1) Dwa uderzenia komór przedwcześnie występujące jedno za drugiem, 2) tętno naprzemienne, 3) blok serca o rytmie 2:1, połączony z powrotem co trzy uderzenia do rytmu 1:1, 4) niemiarowość, zależną od uderzeń przedwczesnych co 4 bicia, które na zwykłym kardjogramie są niewidoczne, 5) krótkie napady przyśpieszenia tętna.

A. Rosenfeld. **Plamica samoistna o cechach niezwykłych.** Wielu autorów odrzuca pojęcie o plamicy, jako o jednostce chorobowej, i uważa ją raczej za objaw jakiejś innej choroby. Plamicę widuje się stosunkowo dosyć rzadko, na 155884 chorych w szpitalu głównym w Massachusetts zauważono 54 przypadki plamicy samoistnej. Mówiąc o rozpoznaniu różniczkowem, zaznacza się zwykle, iż plamica nie bywa dziedziczną lub rodzinną (w przeciwstawieniu do krwawiączki). W myśl dowodzeń Cousina, Dohrna, Duke'a, Wrighta, Denya, Heise'a nie jest to rzeczą słuszną.

Autorowie podają opis dokładnie zbadanych 2-ch przypadków plamicy samoistnej o rysach niezwykłych, 1) Przedewszystkiem dotyczy on dwóch braci, co wskazuje na pewne skłonności rodzinne. 2) Cechowały chorobę powtarzające się wybroczyny śródstawowe. 3) Trzecim rzadkim rysem była obecność wybroczyn śródstawowych z objawami otrzewnemi. Henoch nazywał stan taki plamicą brzuszną, tworzą się wtedy wybroczyny w jelitach, zjawia się ostre zapalenie nerek o typie krwotocznym. 4) Wreszcie u jednego z chorych nastąpiło samodzielne złamanie wyrostka łokciowego.

Podział współczesny nie daje wyraźnego rozgraniczenia różnych typów plamicy. Morawitz uważa wszystkie przypadki, podawane jako samoistne, za różne przejawy tej samej choroby. Hoffmann, Litten i inni autorowie niemieccy łączą je w »*morbus maculosus Werlhofii*« o różnych stopniach nasilenia. Do tej grupy włączają: 1) *purpura simplex* z wybroczynami w skórze i pod skórą, 2) *p. haemorrhagica* z wybroczynami w skórze i błonach śluzowych, 3) *peliosis rheumatica* z rumieniem skórnym krwotocznym i zajęciem stawów, 4) *purpura abdominalis* z wybroczynami w skórze, trzewiach, czasami z zajęciem stawów, 5) *p. fulminans* z krwotokami skórnemi o przebiegu gwałtownym i złem zejściu.

Tych ostatnich cech gwałtowności przypadki autora nie posiadały, a w zdrowiu chorych nastąpiła poprawa.

Louria. **Mocznik krwi w ostrej niedrożności jelit.** Pomyślny wynik operacji w ostrej niedrożności jelit zależy od wczesnego rozpoznania choroby, zanim nastąpi zatrucie krwi. W ostatnich latach zauważono, iż w stanie powyższym wybitnie wzmaga się ilość azotu we krwi. Autor sprawdził objaw ten u 7 chorych. Najmniejsza ilość azotu mocznikowego wynosiła 58 miligramów na 100 cm.³, największa 170 mg. W pięciu przypadkach, które się zakończyły śmiercią, niedrożność spowodowana była operacjami w jamie brzusznej. Raz jeden w okresie zdrowienia zauważono ogólną wysypkę pokrzywkową, jako objaw zatrucia. Ani razu nie było powikłania przewlekłem zapaleniem nerek, to też autor uważa wzmożenie się mocznika we krwi za wynik ostrej niedrożności nerek.

Drac (Warszawa).

Neurologja i psychjatrja.

Archives of Neurology and Psychiatry.

Styczeń 1922.

A. Hoch i J. Maccurdy. **Rokowania w zadumie inwolucyjnej.** Autorzy wymieniają Kraepelina, który zaliczył do tej postaci wszystkie obrazy stanów lękowych z omamami i zmianami usposobienia, zdarzające się w wieku późniejszym, a nie będące epizodami jakiejś określonej choroby; statystyka jego daje 50% wyleczeń. Dreyfus jest zwolennikiem dobrego rokowania poza przypadkami, które przechodzą w *Dementia arteriosclerotica.* Poprawa zaczyna się przeciętnie po 9 – 10 miesiącach, okres zdrowienia trwa przeciętnie około 20 miesięcy, rozciągając się czasem do 6 lat. Przypadki, gdzie niema żywych afektów lękowych a zaznacza się ścieśnienie zainteresowań i reakcyj uczuciowych, hypochondryczne omamy, dotyczące ciała i przewodu pokarmowego, należy uważać za niepomyślne pod względem rokowania. Autorzy podkreślają podobieństwa psychologiczne między postacią złośliwą inwolucyjnej zadumy a otępieniem przedwczesnem podobnie, jak przypadki pomyślne (łagodne w przebiegu) wykazują analogje z psychozą maniakalno-depresyjną.

J. B. Ayer. **Oznaczenie zapory w przestrzeni podpajęczynowo-rdzeniowej zapomocą kombinowanych nakłuć: cysternowego i lędźwiowego.** Autor jest zdania, że metoda jego, ogłoszona zeszłego roku, pozwala nietylko stwierdzić, że płyn rdzeniowy jest patologiczny i że górna część płynu jest odmienna, uboższa w proteiny, niż dolna, lecz także dowodzi, że między niemi istnieje zapora. W przypadkach normalnych eksperyment hydrodynamiczny wykazuje, że przestrzeń podpajęczynowa jest otwarta, a badanie płynu wydobytego z »cysterna magna« i okolicy lędźwiowej nie daje różnic. Metoda ta pozwala wykryć zaporę (blok) przed wystąpieniem objawów uciskowych i stąd wielkie znaczenie dodatnich wyników badania. Wyniki ujemne są mniejszej wagi, gdyż nie każdy guz rdzenia musi się wcześnie ujawnić w postaci »bloku«.

W r. 1913 Marie, Foix, Robert podnosili znaczenie punkcji na dwóch różnych wysokościach dla rozpoznania siedziby ucisku rdzeniowego.

F. Kennedy. **Ostre przypadki łagodnej meningo-encephalitis z tarczą zastoinową.** Początek choroby nagły z bólami głowy, goraczką, zmienionym obrazem krwi, ogólnem osłabieniem. We wszystkich pięciu przypadkach po krótkim okresie podniecenia i dezorjentacji występowały zaburzenia ogniskowe mózgu w postaci hemiplegji, hemianopsji, afazji albo porażeń nerwów mózgowych. W okresie ustępowania tych objawów występuje szybkie tworzenie się tarczy zastoinowej lub zapalenie nerwu wzrokowego, które w jednym do kilku tygodni znikały. Autor tłómaczy powstawanie i szybkie cofanie się choroby występowaniem nagłych zapór w przestrzeniach wewnątrzkomorowych z powodu wysięku oponowego i powrotem normalnego mechanizmu po ich zniknięciu. Ważnem jest dobre rokowanie w tych przypadkach w stosunku do *encephalitis epidemica.*

E. Sachs i J. Malone. **Ścisła kliniczna metoda djagnostyki i uszkodzeń nerwów obwodowych i oznaczenie wczesnej poprawy chorego nerwu.** Doświadczenie Adriana, że do wywołania skurczu mięśnia, którego nerw odżywa, potrzeba prądu o dłuższem trwaniu, niż wymaga mięsień o prawidłowem unerwieniu, posłużyło autorom za punkt wyjścia do ich badań. Użyli oni chronomyometru Lindley-Pyle, który pozwala na ścisłe, ilościowe określenie czasu działania prądu z dokładnością, dochodzącą do tysięcznych części sekundy. W każdym przypadku należy oznaczyć minimum siły prądu i minimum trwania, poniżej którego nawet najsilniejszy prąd nie daje skurczu. Czas działania prądu o sile dwa razy większej, niż wynosi minimum potrzebne do wywołania skurczu, nazwał Lapicque chronaxią danego mięśnia. Autorzy podkreślają, że chronaxia nie zbiega się z absolutnem minimum trwania prądu, wymaganego do wywołania skurczu. Zarówno w mięśniach zdrowych, jak wyrodniejących przedstawia to minimum, obliczone w tysięcznych sekundy, wartość mniejszą i stąd ono właśnie, bez względu na siłę prądu, stanowi prawdziwą miarę czasu podrażnienia. Nie wchodzą tu w grę czynniki wpływające na zmianę siły prądu, jak opór tkanek, ciepłota mięśnia i t. d. Ścisłe oznaczenie tej warlości, t. zn. minimum trwania prądu, daje podstawę do wczesnych wniosków rozpoznawczych i prognostycznych w świetle tabeli, podanej przez autorów.

W. Schaller i H. Mehrtens. **Leczenie kiły układu nerwowego ze szczególnem uwzględnieniem intraspinalnego leczenia.** Zdaniem autorów tylko zapomocą leczenia dordzeniowego można wywołać wybitne podrażnienie opon, połączone ze wzmożonem przekrwieniem i czynnością wydzielniczą. W przypadkach zmian miąższowych niema poprawy przy leczeniu dożylnem lub śródmięśniowem ani w kierunku serologicznym ani klinicznym. Odpuszczanie płynu mózgowordzeniowego (*drainage-therapy*) łagodzi objawy wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego i działa skuteczniej w kombinacji z leczeniem dożylnem lub śródmięśniowem, niż te ostatnie. Najlepsze wyniki leczenia dordzeniowego osiągnięto w przypadkach zmian oponowo-miąższowych, gdzie leczenie dożylne zawodzi. Jako dowód przytaczają autorzy to, że na 75 przypadków leczonych mieli 64% poprawy serologicznej i klinicznej przy stosowaniu sposobu dordzeniowego. Powikłania występowały nie częściej, niż przy innych sposobach leczenia a odczyny takie, jak bóle, gorączka, zatrzymanie moczu, mijały po 24 godzinach.

D. Kaliski i J. Strauss. **Znaczenie odczynów biologicznych w przebiegu kiły środkowego układu nerwowego.** Zmiany patologiczne płynu mózgowo-rdzeniowego, znalezione przez Ravauta w 68% a przez Dreyfusa nawet w 80% kiły pierwszo- i drugorzędnej, bywają najczęściej tylko wyrazem ogólnej reakcji posocznicze] i podraznienia opon miękkich. Utrzymywanie się tych zmian w trzecim roku choroby, zwłaszcza jeśli wszystkie odczyny są dodatnie (lymfocytoza, Nonne Appelt, Wassermann), świadczy dopiero o zajęciu centralnego układu nerwowego. Gennerich uważa opony miękkie za barjerę między płynem mózgowo-rdzeniowym a układem ośrodkowym; barjera zawodzi w razie schorzenia opon i pozwala na dyfuzję patologicznego płynu do tkanki nerwowej. 8—10 lymfocytów w milimetrze sześciennym płynu leży w granicach normy. Wzmożenie ilości globulin ma małe znaczenie, większe dodatni odczyn Wassermanna we wszystkich rozcieńczeniach, od 0,1 cm w górę. Naczyniowa postać kiły nerwowej nie powoduje często zmian w płynie mózgowordzeniowym. Niema dotąd naukowego dowodu, że istnieje uodpornienie w przebiegu kiły. Przy ocenie i klasyfikacji nie można się kierować jedynie odczynami biologicznemi, lecz także, czasem nawet więcej, faktami klinicznemi. Nawet w ostrych przypadkach przekraczają autorzy rzadko dawkę 0,4 *Arsphenaminu* a zaczynają od dawki najmniejszej poprzedzanej zwykle wstrzykiwaniami rozpuszczalnej soli rtęciowej, w przewlekłych wstrzykują tylko raz w tygodniu dawki od 0,25 do 0,4. W niedowładzie postępowym leczenie dordzeniowe lub dokomorowe jest bezużyteczne. Podobnie w innych postaciach kiły układu nerwowego należy leczenie dordzeniowe bardzo znacznie ograniczyć. Przeciw temu leczeniu przemawiają trudności zabiegu, minimalne dawki i fizjologja krążenia płynu mózgowo-rdzeniowego. Uporczywe utrzymywanie się odczynów biologicznych i objawów klinicznych po leczeniu dożylnem stanowi jedyne wskazanie. Wywody autorów oparte są na obserwacji 500 przypadków.

Marcin Zieliński (Kraków).

Choroby kobiece i położnictwo.

The American Journal of Obstetries and Gynecology.
Vol. 1. Luty 1921. Nr. 5.

Hermann Grad. **Nowy sposób podotrzewnowego skrócenia więzów obłych macicy.** Bovee twierdzi, że dotąd opisano sześćdziesiąt metod operacji tyłozgięcia. Autor dodaje sześćdziesiątą pierwszą i sądzi, że jest ona najlepszą. Operację wykonywa się w następujący sposób. Otwarcie jamy brzusznej. Uchwycenie i pociągnięcie ku przodowi więzu obłego mniej więcej w połowie przebiegu od macicy do wewnętrznego otworu kanału pachwinowego. Nacięcie blaszki otrzewnowej więzu szerokiego tuż poza napiętym więzem obłym i obnażenie tegoż więzu z otrzewny. Przyszycie więzu obłego i to miejsca leżącego niedaleko rogu macicy do brzegu wrót kanału pachwinowego (uważać na naczynia biodrowe!) W obec tego, że przyszyto miejsce więzu bliskie macicy do kanału pachwinowego, spory kawałek obnażonego z otrzewnej więzu wisi teraz bezużytecznie. Składa się go w fałd i zaszywa, poczem wsuwa popod otrzewnę t. j. pomiędzy blaszki, które wreszcie zamyka się. Im więz obły był więcej wyciągnięty, tem większy jego kawałek trzeba wykluczyć. Dla pewności przyszywa się dno macicy jednym szwem katgutowym do powłok i skraca się w końcu więzy krzyżowo-maciczne. Wyniki odległe, z tych niektóre po 8 latach, są doskonałe.

Greer Banghman. **Tymczasowe doniesienie o zapaleniu miedniczki nerkowej w ciąży z przytoczeniem przypadków.** Autor opisuje szczegółowo trzy przypadki, w których główną siedzibą choroby była prawa miedniczka. We wszystkich trzech przypadkach zajęty był i pęcherz moczowy. U dwóch chorych cierpienie było spowodowane przez *bac. coli*, u trzeciej przez gronkowca białego. Wszystkie chore leczone były przepłukiwaniami miedniczek. W ciągu choroby robiono u każdej chorej kilkatrotnie pydografię rentgeniczną. Wybitna i decydująca poprawa występowłaa u tych chorych po porodzie, choć do zupełnego wyleczenia trzeba było przepłukiwać miedniczkę przez dwa tygodnie w połogu.

Louis F. Smead. **Zapalenie zakrzepowe żył w połogu po grypie, z przytoczeniem przypadków.** Autor opisuje trzy przypadki, w których po porodzie przyszło do grypy (podczas wielkiej epidemji tego cierpienia), a potem, wyraźnie w związku z nią do ropnicy, będącej wyrazem zapalenia i zaczopowania żył. W jednym z tych przypadków wytworzył się w trzecim miesiącu choroby ropień dokoła zaczopowanej żyły jajnikowej, w dwóch innych siedzibą choroby były żyły *plexus uterinus.* Autor omawia szczegółowo wskazania do operacyjnego leczenia ropnicy połogowej przez podwiązanie lub wycięcie żył zaczopowanych, jest nawet zwo-

lennikiem tego zabiegu, w przypadkach jednak opisanych nie uważał operowania za wskazane.

J e n n i n g s C. L i t z e n b e r g. *Missed abortion.* Ta nazwa angielska, której używa się w podręcznikach, pisanych we wszelkich językach, wprowadzona została przez M a t t h e w s D u n c a n a dla określenia stanu, w którym po obumarciu płodu w pierwszych miesiącach ciąży jaje zostaje przez czas dłuższy zatrzymane w macicy. Autor sądzi, że *Mised abortion* zachodzi wtedy, kiedy od śmierci płodu minęły dwa miesiące, wiadomo bowiem, że i w zwykłych przypadkach macica nie wydala jaja bezpośrednio po obumarciu płodu. Ta niezwykła cierpliwość macicy trwać może rok i dłużej, a znane są przypadki przetrzymania jaja przez 28, a nawet przez 52 lat. Nie wiemy, dlaczego macica okazuje niekiedy tak niezwykłą tolerancję po śmierci płodu i nie znamy też przyczyn, dla których po upływie długiego czasu przychodzi przecież do poronienia. Autor przytacza liczne hipotezy, które go nie zadowalniają. Cierpienie jest daleko częstszem, niż się powszechnie sądzi, rozpoznaje się je natomiast rzadko, gdyż się o niem nie myśli. W rozpoznaniu najważniejszą rolę odgrywa stwierdzenie, że kobieta nie miała perjodu przez parę miesięcy, że następnie zaczęła krwawić, ale nie poroniła, i że od czasu tego pierwszego krwawienia, które zresztą może się powtarzać, minęło kilka miesięcy. U kobiet tych stwierdza się macicę powiększoną, odpowiadającą jednak terminowi, w którym zjawiło się pierwsze krwawienie. Macica ta wcale nie powiększa się a istniejące inne objawy ciąży (sutki, zesinienie etc.) zaczynają się cofać. Autor przyznaje, że przypadki te przeważnie kończą się dobrowolnem poronieniem, woli jednak na nie nie czekać, tylko z chwilą rozpoznania opróżnić macicę, choć nie przeczy, że zabieg może być trudny i krwawy, gdyż macica zachowuje się tak, jakby była straciła zdolność do skurczów. Kiedy jednak przychodzi dobrowolne poronienie, skurcze bywają bardzo energiczne.

G e o, W. K o s m a k. **Białaczka podczas ciąży.** Powikłanie to jest bardzo rzadkie. W Nowojorskim »Lying in Hospital« na 60.000 porodów w ciągu lat 20 nie spostrzegano tego cierpienia. Autor opisuje dwa przypadki a przytacza dziesięć innych z piśmiennictwa. W obu przypadkach autora ciąża wywarła fatalny wpływ na przebieg białaczki. Śmierć nastąpiła w jednym przypadku, zanim zdołano przerwać ciążę, w drugim w 2 tygodnie po przerwaniu. Autor radzi w każdym przypadku białaczki u ciężarnej przerywać ciążę a potem dopiero próbować leczenia promieniami X.

B e n j a m i n R u s h M c. C l e l l a n, **Jajnikowe torbiele skórzakowate; etjologja, rozpoznanie i leczenie.**

R e g i n a l d M. R a w l s. **O wewnątrzmacicznem pręcikowem pessarium, na podstawie 205 przypadków i wyników leczenia w 117 przypadkach.**

Surgery, Gynecology and Obstetries.
XXXII. Nr. 2. Luty 1921.

L u d w i g A. E m g e. **Żylaki w miednicy kobiecej.** Żylakowate rozszerzenie splotów żylnych, odprowadzających krew z kobiecych narządów płciowych należą do zdarzeń częstych. Najczęściej rozszerzają się żyły splotów jajnikowych, zwłaszcza lewego, ale, jeśli żylaki tych splotów są duże, wówczas i inne sploty rozszerzają się, np. splot maciczny. W etjologji tego cierpienia mają znaczenie: ciąża, zmiany w położeniu macicy ku tyłowi i w dół, nawykowe zaparcie stolca, ogólne obniżenie trzew brzusznych, częste podniecenia płciowe itp. Skutki takich żylakowatych rozszerzeń objawiają się najpierw w jajnikach, które się powiększają i okazują torbielkowe zwyrodnienie i przerost tkanki łącznej, potem w macicy, której błona śluzowa brzęknie, a mięsień okazuje zgrubienie i cechy t. zw. *metritis chronica.* Choroba objawia się tępemi bolami w miednicy, głównie po stronie lewej, dokuczającemi głównie przy staniu a ustającemi w pozycji na wznak. Dołączają się do tego upławy, parcie na mocz i t. p. Rozpoznanie nie jest trudne, jeśli chorą bada się nietylko w pozycji poziomej, ale i stojącą, i porównywa wynik tych badań. Leczenie polega na usunięciu przyczyny. W lżejszych przypadkach obejść się można bez operacji; zakłada się krążek, usuwa zaparcie stolca i t. d. W cięższych trzeba operować, przyczem, zdaniem, autora najlepsze wyniki daje wysokie zawieszenie macicy za pośrednictwem więzów obłych, połączone ze skróceniem więzów krzyżowo macicznych. Tylko niekiedy wyciąć wypada żylaki splotu jajnikowego.

A. J. R o u g y i S. S. A r l u c k. **Missed abortion.** Autorowie podają następującą definicję stanu, zwanego »missed abortion«: »wewnątrzmaciczne obumarcie produktu zapłodnienia z całkowitem jego zatrzymaniem w macicy i z zupełnym brakiem powiększania się macicy, stwierdzonym przez wielokrotne badanie w ciągu 8—10 tygodni«. Etyjologia tego wydarzenia nie jest jasna. Skłonność do »missed abortion« okazują kobiety otyłe. Zdaniem autorów odgrywa w tem zdarzeniu rolę nieprawidłowa czynność gruczołów dokrewnych. W leczeniu są autorzy bardzo radykalni; odradzają czekać na dobrowolne opróżnienie się macicy i sądzą, że w każdym przypadku należy operować. Używali najrozmaitszych sposobów opróżnienia macicy, zależnie od miesiąca ciąży i innych okoliczności. W jednym przypadku trzechmiesięcznej ciąży i niepodatnej szyji nie cofnęli się nawet przed laparotomią i cięciem cesarskiem i zaszyciem macicy.

Nr. 3. Marzec 1921.

H a r l e y B u c l e s o n M a t t h e w s. **W sprawie przewlekłej endocervicitis.** Autor omawia patogenezę i objawy kliniczne kataru szyji i dochodzi do przekonania, że widoki wyleczenia kataru nieoperacyjne są bardzo niewielkie. Autor zaleca przeto operację plastyczną, polegającą na wycięciu stożka szyji wraz z chorą błoną śluzową z pozostawieniem natomiast zewnętrznej powłoki części pochwowej, która służy do pokrycia powstałych ran. Liczne ryciny tłómaczą tę technikę. Leczenie to stosował autor w 200 przypadkach, przyczem wyleczył 64% chorych, poprawił stan u 28%, nie miał zaś żadnych wyników u 8%. Autor spostrzegał kilka porodów u osób, które przebyły tę operację i twierdzi, że nie były one utrudnione przez blizny pooperacyjne.

Nr. 6. Czerwiec 1921.

J o h n T. W i l l i a m s. **Naczyniak łożyska.** W piśmiennictwie, które przytacza, znalazł autor 70 prac, a 83 przypadków nowotworów łożyska. P i t h a (1906) po dokładnem rozpatrzeniu ogłoszonego materjału doszedł do przekonania, że wszystkie opisane przypadki są właściwie naczyniakami łożyska, choć autorzy różne dawali nazwy opisywanym przez siebie guzom. Zapatrywanie P i t h y znalazło powszechne uznanie. Dopiero w 1914 C a r y w N. Yorku opisał niewątpliwy przypadek mięsaka łożyska, a W a l z (1907) przytacza jedyny w swoim rodzaju przypadek mięsaka przerzutowego w łożysku. Autor podnosi uderzającą częstość przedwczesnego przerwania ciąży u osób z naczyniakami łożyska (36%). Nierzadko też widuje się nadmierną ilość wód płodowych. W i l l i a m s opisuje wreszcie swój własny przypadek, tyczący się 22-letniej pierwiastki. Wyczerpujące zestawienie piśmiennictwa podnosi wartość tej pracy.

G e o r g e G e l l h o r n. **Wpływ kiły na kobietę ciężarną.** Podręczniki położnictwa podnoszą słusznie, że kiła kobiety ciężarnej jest bardzo niebezpieczną dla płodu, przeważnie przemilczają jednak niebezpieczeństwa, na jakie kiła naraża matkę. A przecież są one niewątpliwe i liczne. I tak w ciąży widuje się często bóle głowy, bezsenność, uporczywe nerwobole, niedokrewność, szczuplenie i ogólne osłabienie. Autor nie widział ani jednej kiłowej ciężarnej, której ogólny stan byłby tak kwitnący, jakim często bywa u ciężarnych zdrowych. Wykwity kiłowe na błonach śluzowych, szczególnie w narządach płciowych, są zwykle bardzo uporczywe, na co już F o u r n i e r zwracał uwagę. Przybierają one niekiedy złośliwą fagadeniczną postać. Powikłania ciąży, jak np. zmiany w nerkach lub wady sercowe, przebiegają szczególnie źle u ciężarnych z kiłą. Podczas porodu widuje się częściej słabe bóle i oporną, niepodatną szyję. Oba te czynniki przedłużają niekiedy niepomiernie poród i stają się powodem operacyj, które znowu ze swej strony przyczyniają się do pęknięć szyji i innych okaleczeń. W kilku przypadkach musiano się nawet uciec do cięcia cesarskiego (drugi przypadek autora). Opisywano też i dobrowolne pęknięcia macicy. W połogu grozi tym kobietom częściej, niż innym, zakażenie, które przy braku

odporności osób kiłowych przybiera niekiedy ciężką postać. Nie rzadko też pozostaje po porodzie *subinvolutio uteri*. Z uwag tych wyprowadza autor wniosek, że leczenie kiły podczas ciąży powinno być energicznem. Dobrze przeprowadzone leczenie usuwa przeważną ilość tych niebezpieczeństw.

John E. Talbot. **Kliniczne studjum łożyska.**

Vol. XXXIII.

Nr. 3. września 1921.

Alfred C. Beck. **Niskie cięcie cesarskie z dwoma płatami otrzewnowymi.** Autor podaje modyfikację cięcia cesarskiego nadłonowego, który z zupełnem powodzeniem wypróbował na 29 przypadkach.

Jamę brzuszną otwiera nisko cięciem poprzecznem lub podłużnem — i odsłania dolną część macicy, na której przecina na poprzek otrzewnę mniej więcej 2 ctm. ponad dnem załamka pęcherzowo-macicznego. Po przecięciu otrzewny zesuwa naprzód płat jej ku dołowi, odsłaniając w ten „sposób mięsień dolnego odcinka i odsuwając pęcherz od macicy, poczem także płat odpreparowuje z pomocą nożyczek ku górze. Płat dolny pociąga ku dołowi, górny ku górze i odsłania w ten sposób na stosunkowo dużej przestrzeni ścianę mięsną, którą przecina na podłuż. Następuje usunięcie płodu niekiedy z pomocą kleszczy, poczem zakłada dwa szwy katgutowe, jeden w górnym, drugi w dolnym kącie rany mięśniowej i, pociągając tymi szwami ku powłokom, wyprowadza niejako ranę przed powłoki. Wyczekuje następnie odejścia łożyska i zeszywa naprzód ranę podłużną w mięśniu, potem poprzeczną otrzewnową. Oba te szwy krzyżują się podobnie zresztą, jak przy laparotomji sposobem Pfannenstiela.

Sposób ten zabezpiecza, zdaniem autora, przed zakażeniem jamy otrzewnowej. *A. Rosner* (Kraków).

Choroby oczu.

Archives d' Ophtalmologie.

T. XXXVIII. Nr. 3. 1921.

Lapersonne, Velter i Prélat. **Zęby nadliczbowe rozwinięte w oczodole.** Przypadek przedstawiony przez autorów Akademji lekarskiej w Paryżu jest może jedynym dotychczas znanym, gdyż w dotyczącem piśmiennictwie nie znaleźli autorowie żadnej wzmianki o przypadku podobnym. Dziewczyna 15-letnia zgłosiła się na klinikę ze skargą na wysadzenie gałki ocznej prawej i upośledzenie siły wzroku datujące się od dzieciństwa. Przy badaniu przedmiotowem można było stwierdzić wytrzeszcz gałki nieznacznego stopnia, natomiast silne odchylenie gałki ku górze wewnątrz, jako następstwo zupełnego porażenia ruchów gałki w kierunku ku dołowi zewnątrz. Istnieje oprócz tego oczopląs wahadłowy, wzmagający się przy ruchach gałki ku dołowi. Oko lewe wykazuje również oczopląs. Pozatem nadwzroczność słabego stopnia (+ 2 D) na obu oczach. Z wyjątkiem nieznacznej może asymetrji twarzy, żadnego zniekształtnienia stwierdzić nie można. Badanie nosa i zatok z wynikiem ujemnym. Dopiero badania czaszki zapomocą promieni Roentgena wykonane w różnych kierunkach, wyjaśniło przyczynę tych nieprawidłowości. Z profilu widać tylną część zębodołową szczęki górnej prawej z zębami trzonowemi prawidłowo rozwiniętemi, ponad nią znajduje się różaniec zębów nadliczbowych, mniej lub więcej rozwiniętych, o jednym lub dwóch korzeniach, niektóre zdają się być otoczone pochewką włóknistą, tworzącą jakby zaczątek zębodołu.

Zęby te są rozsypane w różnych kierunkach, na dnie zaś oczodołu tworzą masę zbitą, w której trudno się rozeznać. Na zdjęciach z przodu widać, że zęby przeszły poza tylną część szczeliny klinowo-szczękowej i rozwinęły się powyżej podstawy oczodołu. Tem tłumaczy się wytrzeszcz gałki i zboczenie gałki ku górze wewnątrz (w następstwie utrudnionej czynności mięśni prostych dolnych i zewnętrznych). Na zdjęciach rentgenograficznych trudno dokładnie oznaczyć ilość zębów, jest ich w przybliżaniu 12. Badanie uzębienia nie wykazuje pozatem żadnych nieprawidłowych stosunków, nowotworów pochodzenia zębowego również stwierdzić nie można.

W dentystyce znanem jest istnienie zębów nadliczbowych, najczęściej na zewnętrznej powierzchni szczęki górnej lub podniebieniu twardem, daje ono powód do powstawania ropni i przetok a ilość zębów może być bardzo znaczna.

Badania histologiczne i embrjologiczne stwierdzają możliwość istnienia podobnej nieprawidłowości. Z wału dziąsłowego powstaje pączek przybłonkowy, z którego w następstwie rozwijają się narządy pierwotnego i następowego uzębienia. Koniec tej blaszki przybłonkowej tworzy przedłużenia noszące pęki przyzębowe, które u człowieka w dalszym rozwoju zanikają, jednakże u niektórych zwierząt z uzębieniem wielokrotnem utrzymują się i nadal, dając powód do tworzenia zębów zastępczych. Podobny proces nieprawidłowy u człowieka może spowodować powstanie zębów nadliczbowych. Wobec tego, że zęby te nie sprawiają chorej żadnych dolegliwości, że siła wzroku jest równą na obu oczach, wstrzymują się autorowie dla dobra chorej od wykonania jakichkolwiek zabiegów chirurgicznych, które przedsięwezmą tylko w tym razie, gdyby badanie rentgenologiczne lub pogorszenie siły wzroku wykazało dalszy rozwój tych tworów patologicznych.

Pacalin. **O mierzeniu bystrości wzroku przy pomocy nowej tablicy próbnej.**

Michail. **Początek jaglicy przewlekłej.** Dla rozpoznania jaglicy w jej początkach koniecznem jest zbadanie górnego załamka powiekowego. Do tego celu posługuje się autor »odwijaczem powiek« (*retourne-paupière)* pomysłu wojskowego lekarza rumuńskiego Vercanu. Przyrząd przypomina rozwórkę Desmarresa, tylko że trzon tego przyrządu zgięty jest pod kątem prostym. Początek jaglicy wykrywa przeważnie tylko dokładne badanie lekarskie; chorzy bowiem w tym okresie nie odczuwają żadnych dolegliwości lub tylko nieznaczne.

Worek spojówkowy górny i dolny jest początkową siedzibą jaglicy, gdzie ona występuje w postaci półkola górnego i dolnego, odpowiadającego w zupełności rozmieszczeniu anatomicznemu dodatkowych gruczołów łzowych Kraniego. Wytworzone mieszki tworzą dwa półkola schodzące się w kącie zewnętrznym oka. Znamiennem jest zachowanie się górnego załamka, gdzie może już wystąpić podwójny lub potrójny szereg mieszków, podczas gdy w dolnym mogą być dopiero zawiązki. Przy dalszym rozwoju jaglicy pojawiają się mieszki także poza granicami zakreślonemi w początkach.

Okres rozwoju jaglicy przewlekłej trwa około 6 miesięcy. Badanie histologiczne wykazało w szczególności nacieczenie zapalne dokoła gruczołów łzowych spojówki, w środku tego nacieczenia znajdują się komórki, kształtem swym przypominające komórki mieszka jagliczego. Na podstawia tych badań, przypuszcza autor, że gruczoły łzowe spojówki stanowią bramę wejścia dla zarazka jagliczego. Nacieczenie zapalne dokoła naczyń krwionośnych wskazywałoby, że tą drogą odbywa się dalsze rozlane nacieczenie przy jaglicy przewlekłej bardziej już posuniętej. Zapobieganie rozszerzeniu się jaglicy zależy w pierwszym rzędzie od wczesnego rozpoznania a następnie od wczesnego i doszczętnego leczenia.

Junès. **Rozpoznanie niezborności zapomocą szczeliny stenopeicznej.**

Rubbrecht. **Dacryocysto-rhinostomia.** Autor opisuje własną odmianę operacji Totiego, którą wykonał z dobrym wynikiem w 150 przypadkach.

Bussy. **Przyczynek do leczenia zapaleń oka w następstwie yperitu.** Autor miał sposobność podczas wojny światowej leczenia kilku tysięcy przypadków uszkodzonych gazem yperite. Gaz ten wywołuje na oczach następujące zmiany chorobowe: oparzenia mniej lub więcej rozległe powiek, silny nieżyt spojówki z przeważnem zajęciem spojówki gałkowej i załamka dolnego, powierzchowne zmętnienie rogówki w następstwie złuszczenia przybłonka, znaczne zwężenie źrenicy i przekrwienie tęczówki oraz objawy podmiotowe, jak bóle, światłowstręt, łzawienie i kurcz powiek. Jako leczenie zalecano przemywania natychmiastowe i obfite płynem zawierającym dwuwęglan, zakraplanie kokainy i kolargolu.

Autor zmienia to leczenie o tyle, że zamiast kokainy, która nie sprowadza poprawy i nie usuwa dolegliwości podmiotowych, poleca wkraplanie atropiny. Z chwilą rozszerzenia się źrenicy ustają bóle i światłowstręt. Dla leczenia oparzeń powiekowych używa maści cynkowej, ichtyolowej lub czerwieni szkarłatowej. *W. Reis* (Lwów).

Choroby skórne i weneryczne.
Bulletin de la Société Française de Dermat. et de Syphiligraphie. Nr. 8. 1921.

Queyrat i Deguignand. **Zmiany kiłowe barwikowe uogólnione u mężczyzny.** Opis przypadku, w którym zmiany barwikowe, tak częste w kile drugorzędnej (leucoderma), usadowione były na tułowiu i górnych częściach kończyn, a miały powstać bez poprzedzającej je osutki w 8 miesięcy po zakażeniu.

Queyrat i Deguignand. **Liszaj czerwony płaski obrączkowy.** Typowe zmiany właściwe liszajowi czerwonemu płaskiemu w chwili, gdy wykwity ulegają wessaniu. Poszczególne ogniska rozsiane głównie na dolnych kończynach składały się z drobnych guzków liszaja płaskiego, ułożonych obrączkowo. Środek wykwitów nieco zaklęsły, ciemno-brunatno zabarwiony. Zmiany przypominały nieco wykwity kiłowe obrączkowe — guzki drobne przemawiały za liszajem płaskim.

Marcel Pinard. **Choroba Friedreicha; kiła rodzima niezauważona.** Chora 18-letnia ma objawy choroby Friedreicha. Tą samą chorobą dotknięty jest jej brat najstarszy. U matki chorej i u dwojga z pośród rodzeństwa chorej odczyn Wassermanna we krwi dodatni. U samej chorej odczyn Hechta we krwi i odczyn Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny, ilość białka w płynie mózgowo-rdzeniowym 0,1, limfocytoza 2,4. Dodatni odczyn Wassermanna u członków rodziny chorej skłania autora do postawienia pytania, czy w danym przypadku podłożem objawów choroby Friedreicha nie są zmiany swoiste, wywołane przez krętki blade, podobnie jak w wiądzie rdzenia. Autor rozpoczął u chorej leczenie nowarsenobenzolem, nie spodziewa się jednak korzystnego działania.

L. Queyrat i Deguignand. **Słoniowacina sromu niewieściego.** Schorzeniem zajęty był srom w całości, miejsce chorobowo zmienione odcinało się ostro od wzgórka łonowego. Na wargach większych liczne rozszerzenia naczyń chłonnych, które niejednokrotnie przechodziły w stan zapalny. Nitkowca ludzkiego, mogącego tłómaczyć tę słoniowacinę, we krwi nie znaleziono. Z treści rozszerzonych naczyń chłonnych wyhodowano gronkowca białego. Za przyczynę słoniowaciny w danym przypadku uważają autorowie powtarzające się często zapalenia sromu i naczyń chłonnych, wywołane ziarenkowcami ropnemi.

L. Queyrat. **Grzybica dziąseł.** Zmiany na dziąsłach przedstawiały się w tym przypadku pod postacią nalotów biaława-żółtych, okrągłych, wielkości soczewicy lub główki od szpilki. Niektóre naloty miały zarysy półkoliste jako następstwo zlania się drobnych ognisk okrągłych. Po usunięciu nalotów, dosyć silnie trzymających się podstawy, błona śluzowa miała powierzchnię czerwoną, wygładzoną. Badanie mikroskopowe nalotów stwierdziło, oprócz różnorodnych drobnoustrojów, obfitą ilość tworów okrągłych lub owalnych, zbliżonych wejrzeniem do drożdży. Twory te barwią się sposobem Grama i innemi barwikami. Posiew nalotów na żelatynę z cukrem daje obfite kolonje komórek drożdżowych. Autor sądzi, że w danym przypadku chodzi o grzybicę drożdżową w rodzaju *paraendomyces* i zastrzega sobie rozstrzygnięcie ostateczne sprawy po przeprowadzeniu dalszych badań mykologicznych.

L. Queyrat i Deguignand. **Plama podobna do leukoplazji na sromie. (Plaque leucoplasiforme de la vulve).** U kobiety 66-letniej stwierdzili autorowie na wardze sromnej mniejszej i większej ognisko chorobowe, biegnące od łechtaczki aż ku spoidłu dolnemu, barwy ciemno-czerwonej, naciekłe, zgrubiałe, a na niem plamy białawe zgrubiałego nabłonka, przypominające leukoplakję kiłową. Na szyji, przedramionach i błonie śluzowej policzków ogniska liszaja płaskiego. Ze względu na wywiady (troje dzieci zmarło wkrótce po urodzeniu), jakoteż ze względu na świeże zgrubienie kości (*hyperostosis*), na podniebieniu twardem, autorowie skłonni są zmianę na częściach rodnych uważać za łuszczycę kiłową i mimo ujemnego odczynu Wassermanna zamierzają stosować leczenie przeciwkiłowe, a nadewszystko zbadać zmianę mikroskopowo, w nadziei, że dane histologiczne potwierdzą rozpoznanie kliniczne.

L. Queyrat i Degrais. **Nabłoniak nosa, oka i policzka, trwający od ośmiu lat (pokaz drugi).** Autorowie pokazywali chorą przed pięciu miesiącami, nim zaczęli leczenie radem, które doprowadziło do zupełnego zabliźnienia się znacznej części owrzodzenia, wywołanego przez nabłoniaka. Część niezabliźnioną będą dalej naświetlać i spodziewają się zupełnego wyleczenia, co byłoby niemożliwe na drodze chirurgicznej.

Queyrat i G. Laroche. **Przypadek kępek żółtych płaskich. Przedstawienie skrawków.** Za najcharakterystyczniejszą cechę w budowie histologicznej kępek żółtych uważają autorowie nacieczenie protoplazmy komórek ciałami lipoidalnemi, głównie z grupy estrów cholesterynowych.

M. Pinard i P. Giraud. **Leczenie kiły osesków.** Autorowie zalecają wstrzykiwanie podskórne sulfarsenolu w dawkach 0,005—0,07 gr. Zaczynają od dawek mniejszych i stosują je początkowo co 3 dni, następnie przechodzą do dawek większych, robiąc odstępy 4—5 dniowe między poszczególnemi wstrzykiwaniami. U dzieci ważących 5 kg można dojść do 0,07 gr. sulfarsenolu na dawkę. Leczenie przeprowadzają autorowie serjami, z których każda obejmuje 10 wstrzyknięć, poczem zalecają przerwę leczenia na 3 tygodnie. Leczenie winno trwać rok lub $1^1/_2$ roku. Nawet dzieci z ujemnym odczynem we krwi powinno się leczyć, o ile u rodziców stwierdzi się klinicznie objawy kiły. Przy tym sposobie leczenia objawy kiły ustępują szybko; dzieci przybywają na wadze i rozwijają się dobrze.

Ch. Laurent. **Trująca serja novarsenobenzolu. Serja 12.944.** Zastosowano w jednym dniu 12 wstrzyknięć dożylnych nowarsenobenzolu. Dziewięciu chorych zniosło wstrzyknięcie zupełnie dobrze, u trzech chorych wystąpiły groźne objawy zatrucia: natychmiast po wstrzyknięciu zaczerwienienie i obrzęk twarzy i powiek, tętno nikłe, niepoliczalne, drgawki, utrata mowy. Ponieważ objawy zatrucia wystąpiły tylko u tych chorych (kobiet), które otrzymały wstrzyknięcie z serji wyżej wymienionej, ponieważ wszystkie wstrzyknięcia tego dnia były robione wśród tych samych warunków z użyciem tej samej wody, a z 12 chorych tylko u trzech wystąpiły owe groźne objawy, przeto autor upatruje przyczynę zatrucia w jakości środka. Objawy zatrucia zwalczał autor wstrzykiwaniami podskórnemi adrenaliny (1 mg na dawkę), dwie chore uratowano, u trzeciej przewiduje autor bliską śmierć.

Jeanselme i Burnier. **Dwa przypadki powtórnego zakażenia kiłą.** W jednym powtórne zakażenie kiłą wystąpiło w rok, w drugim w 8 lat po pierwszem zakażeniu. Autorowie uważają to za dowód zupełnej sterylizacji ustroju przy pierwszem leczeniu.

Burnier i Bloch. **Nowy przypadek nacieku kiłowego grudkowego o typie podskórnego sarkoidu.** Zmiana kiłowa usadowiona była w okolicy łopatki prawej i tak klinicznie, jakoteż histologicznie mogła uchodzić za sarkoid typu Darier-Roussy. Dodatni odczyn Wassermanna skłonił autorów do zastosowania leczenia przeciwkiłowego, co już po dniach 15 wywołało zupełne ustąpienie zmian chorobowych. Na podstawie tego przypadku, jakoteż innych, autorowie skłaniają się do przypuszczenia, że przyczyną sarkoidów podskórnych może być, obok gruźlicy, także kiła, radzą też brać w rachubę i ten czynnik przyczynowy i próbować leczenia przeciwkiłowego.

Burnier i Bloch. **Przypadek gruczolaków potowych rozsianych.** Opis przypadku, w którym wykwity miały klinicznie pewne podobieństwo do kępek żółtych, a badanie histologiczne wykazało, że zmiany chorobowe dotyczą gruczołów potowych, że zatem chodziło o rozsiane gruczolaki potne.

Leredde. **Nowe badania nad hematodermitami kiłowemi.** Autor stara się wykazać na szeregu przypadków, że może istnieć pewien związek między kiłą, czy to nabytą, czy też wrodzoną, a niektóremi chorobami skórnemi i domaga się, aby tego związku szukać, przeprowadzając ścisłe badania w kierunku kiły, a skoro się znajdzie objawy kiły, pewne lub prawdopodobne, leczyć przedewszystkiem kiłę. Leczeniem przeciwkiłowem uzyskuje się pośredni wpływ na szybsze ustępowanie rozmaitych dermatoz. Nie należy zadowalniać się ustępowaniem zmian klinicznie dostrzegalnych, ale wynik le-

czenia kontrolować jeszcze rozmaitemi metodami pracownianemi, bo te dopiero rozstrzygają o ewentualnych korzystnych zmianach, zaszłych w ustroju.

Pomaret. **Badania nad fizjologią wstrząsu i zmniejszeniem ciśnienia tętniczego po arsenobenzolach i arsenoksydzie.** Do przeczytania w oryginale.

P. Boulogne. **Le contre-prurit réflexe.** Nazwą tą obejmuje autor zjawisko, polegające na tem, że podrapanie określonego miejsca swędzącego na skórze wywołuje uczucie swądu i zmusza do drapania na miejscu innem, odległem, położonem często na tej samej stronie, co ognisko chorobowe. Objaw ten spostrzega się najczęściej u osób z zaburzeniami w trawieniu. Jakkolwiek niema to praktycznego znaczenia, to teoretycznie przemawia za pewnem skoordynowaniem układu nerwowego w skórze.

P. Vigne. **W sprawie budowy histologicznej przypadku naczyniaka krwionośno-limfatycznego (haemo - lymphangioma).** Autor badał mikroskopowo przypadek przedstawiający się klinicznie jako naczyniak krwionośny i znalazł w obrazie histologicznym rozszerzenia nietylko naczyń krwionośnych, ale i naczyń chłonnych. Wobec tego, że i w naczyniakach chłonnych napotyka się histologicznie zmiany zarówno w naczyniach chłonnych, jak i krwionośnych, przyjmuje autor, że odróżnianie tych dwóch jednostek klinicznych niema podstawy anatomicznie uzasadnionej. W obu rodzajach naczyniaków napotyka się kombinacje obu stanów chorobowych.

L. Géry. **Typowy nabłoniak gruczołów łojowych.** Do rzadkich przypadków nabłoniaków wychodzących z gruczołów łojowych dodaje autor nowy przypadek, podając dokładnie opis histologiczny.

L. M. Pautrier. **Lichen obtusus corné.** Opis przypadku z bardzo rozległemi wykwitami, rozsianemi na całej skórze za wyjątkiem skóry owłosionej głowy. Wykwity poszczególne dochodziły do wielkości grochu, a rozsiane były głównie na ramionach, przedramionach, pośladkach i udach. Zmiany chorobowe trwają od 22 lat. Towarzyszy im świąd napadowy, występujący okresowo. Ze względu na wielkość wykwitów, zupełny brak guzków drobnych, właściwych liszajowi czerwonemu płaskiemu, ze względu na budowę histologiczną, jakoteż ten szczegół, że pierwotnym jest świąd a następstwem jego wykwity, autor uważa tę jednostkę chorobową za oddzielną, nie mającą nic wspólnego z liszajem czerwonym płaskim, natomiast uważa to schorzenie za odmianę niezwykle silnie rozwiniętej liszajowatości.

Hügel. **Przypadek gruczolaka łojowego typu Pringle'a.** Zmiany chorobowe, które należy uważać za typowe dla gruczolaka łojowego, dotyczyły w tym przypadku osobnika umysłowo zupełnie prawidłowo rozwiniętego, gdy przypadki dotąd opisywane łączono prawie zawsze z niedorozwojem umysłowym, z padaczką lub głupowatością.

Mandel. **Pokrzywka barwikowa.** Autor opisuje przypadek pokrzywki barwikowej u mężczyzny 26-letniego. Wykwity były nieco podobne do osutki kiłowej, a że równocześnie miał chory nadżerki na napletku, mogło badanie powierzchniowe być przyczyną błędnego rozpoznania. Ujemne badanie co do krętków, ujemny odczyn Wassermanna, a nadewszystko tak charakterystyczne dla pokrzywki barwikowej pojawianie się względnie ostrzejsze występowanie bąbli pokrzywkowych w miejscu tarcia lub drażnienia, naprowadziło autora na rozpoznanie właściwe.

Pautrier i Zimmerlin. **Sarkoid podskórny u osobnika kiłowego, przedstawiającego liczne kilaki, wyleczony leczeniem przeciwkiłowem.** Autorowie już w r. 1914 zwrócili uwagę na to, że sarkoidy, czy to o typie Boecka, czy o typie Darier-Roussy, są jedynie zespołem pewnych cech klinicznych, wybitnych i charakterystycznych, ale bynajmniej nie jednej etjologji. Większość autorów upatruje w sarkoidach tuberkulidy i za przyczynę ich uważa jedynie gruźlicę. W latach ostatnich coraz częściej słyszy się o zupełnem wyleczeniu sarkoidów leczeniem przeciwkiłowem i coraz częściej stwierdza się u chorych dodatni odczyn Wassermanna. Nasze dotychczasowe pojęcia o sarkoidach trzeba zatem poddać gruntownej rewizji, a zachowawszy nazwę dla tej jednostki chorobowej, klinicznie tak bardzo charakterystycznej, należy przyjąć, że obok gruźlicy, a może i innych chorób, kiła może być przyczyną sarkoidów typowych klinicznie i histologicznie. Sam Darier przyjmuje już dziś ten pogląd. Przypadek opisany świeżo przez autorów, jest nowym dowodem słuszności ich zapatrywania. U mężczyzny 46-letniego z typowym kilakiem wrzodziejącym na kości czołowej i licznemi kilakami w okolicy uszu, obojczyka i mostka oraz z typowym sarkoidem (klinicznie i histologicznie) w okolicy łopatki, z odczynem Wassermanna dodatnim, uzyskali autorowie zupełne wyleczenie tak kilaków, jakoteż sarkoidu, przez zastosowanie leczenia przeciwkiłowego. *Lenartowicz* (Kraków).

Stomatologja.

La Revue de Stomatologie.
Rocznik 23. Nr. 10. z 1921.

Duformentel-Darcissac M. **Leczenie chirurgiczne zwichnięcia nawykowego stawu żuchwowego.** U kobiety dwudziestodwuletniej, skarżącej się na znaczne utrudnienia żucia z powodu nadmiernej ruchomości żuchwy, stwierdzono przy operacji, że przy pewnym stopniu rozwarcia ust kłykieć *(condylus)* pokryty łąkotką (*meniscus*) wychodził zupełnie z wydrążenia stawowego *(cavitas glenoidalis)*, poza guzek stawowy, że torebka stawowa była bardzo wiotka i że wydrążenie stawowe było płytkie, a wypukłość kłykcia skroniowego bardzo słabo zaznaczona. Obustronnie wyjęto więc łąkotkę, wycięto klin ze ściany torebki stawowej i zaszyto, uzyskując tym zabiegiem doskonały wynik leczniczy.

Coustaing-Crocquefer. **Torbiel przyzębowa żuchwy znacznych rozmiarów.** U mężczyzny dwudziestodwuletniego rozwinęła się w przeciągu pięciu lat torbiel w związku z pozostawieniem odłamanych korzeni przy wyjęciu drugiego dolnego lewego trzonowca. Torbiel operowano w typowy sposób. badanie histologiczne wykazało znaczne bujanie komórek nabłonkowych ściany wewnętrznej, miejscami podobne do przybłoniaka *(epithelioma)*.

Huguier-Réal. **Odrost okostnowy pierwszego członka kciuka usuniętego z powodu martwicy. Zastosowanie przyrządu ustalającego wewnątrz pochewki okostnowej.** Opis współpracy dentysty z chirurgiem w przypadku obumarcia pierwszego członka kciuka po zakażeniu, usuniętego operacyjnie i zastąpionego aparacikiem złożonym z dwu złotych rurek teleskopowych rozsuwanych celem zapobieżenia skróceniu pierścionkiem gumowym, dookoła których nastąpił odrost kostny. Po osiemnastu dniach aparat usunięto, a radjogramy wykonane 22, 33, 51 i 94 dni po operacji wykazały zupełne odrodzenie członka, choć nieco krótszego, niż pierwotny. W pięć miesięcy po operacji skrócenie wynosiło jeden cm.

Lhirondel. **Scianka przednia z krzemianu w przypadku ciemnego zabarwienia i językowego ustawienia siekacza średniego.** Gdy próby wybielenia perhydrolem siekacza średniego górnego, okazującego ciemne zabarwienie nie dały rezultatu, zeszlifował autor całą ścianę wargową i wypełnił cementem krzemianowym, poprawiając temsamem wygląd zęba, ustawionego w całości podniebiennie w stosunku do sąsiednich.

Seigneugin. **Dwa przypadki ropowic żuchwowych pochodzenia zębowego.** Kierunek, w którym ropowice podszczękowe rozszerzają się z miejsca przebicia kości zależy od zęba powodującego je odpowiednio do stosunków anatomicznych. Na przekrojach poprzecznych trzonu żuchwy rozróżniamy pokryty dziąsłem przylegającem szczelnie do kości górny odcinek tudzież, pokryty innemi częściami miękkiemi, dolny, przedzielony po stronie wewnętrznej na dwa piętra poziome mięśniem żuchwowo-gnykowym. Zależnie od zmiennego ugrupowania części miękkich tudzież różnej grubości kości w okolicy poszczególnych zębów, będą ropowice rozmaicie się rozwijały. W okolicy dwuguzkowców najczęstsze są ropowice dziąsłowe, mogą się też zdarzać, choć rzadziej, nadżuchwowo-gnykowe tudzież zewnętrzne szczękowo-policzkowe; w okolicy pierwszego trzonowca częstość różnych typów ropowic będzie jednakowa, w okolicy drugiego trzonowca ropowice zewnętrzne będą rzadkie, dziąsłowe częstsze a najczęstsze wewnętrzne nadżuchwowo-gnykowe i podszczękowe, wreszcie w okolicy zębów mądrości rzadko zdarzą się ropowice dziąsłowe, wewnętrzne będą częstsze od zewnętrznych, a podszczękowe częstsze od nadżuchwowo-gnykowych.

A. Black. **Zapobieganie przewlekłym zakażeniom ustnym** Siedemdziesiąt osiem na sto osobników powyżej lat dwudziestu okazuje zniszczenia ropne kości szczękowych w okolicy więzadła okrężnego lub wierzchołka. Zagrażają one zdrowiu i dlatego należy im zapobiegać i je leczyć. Na 6000 radjogramów ustnych u 600 osób wyżej lat dwudziestu (przeciętny wiek trzydzieści pięć lat) znaleziono w 55% pola ubytkowe kości w okolicy wierzchołka przeciętny 1·4 na osobę. W tej samej grupie 53% okazywało ubytki kostne wzdłuż korzeni w przeciętnej ilości 5 na osobę. Przewlekły ropień zębodołowy i kieszonki ropotoczne wzdłuż korzeni są groźniejszemi dla zdrowia, niż n. p. łagodna postać gruźlicy, mogąca się sama wygoić. Dziąsło zdrowe posiada znaczną odporność na zakażenie; traci ją jednak w razie miejscowych uszkodzeń lub osłabienia stanu ogólnego. Zakażenie posuwa się naczyniami limfatycznemi wgłąb aż do wierzchołka, włókna ozębnej rozluźniają się, tworzą się kieszonki i następuje zniszczenie kości. Badania bakterjologiczne przewlekłych ropni zębodołowych wykazały zwykle obecność paciorkowca *streptococcus viridans* i *hemolyticus*; zmiany histologiczne są podobne do zmian towarzyszących powstawaniu kieszonek. Cement jest tkanką bierną; nie mając krążenia nie może się rozkładać i wydzielać sam, jak kość obumarła, lecz pozostaje źródłem stałego podrażnienia tkanki otaczającej i tem tłumaczy się przewlekłość tych spraw. W leczeniu zapobiegawczem należy uwzględnić przyczynę: zapalenie dziąseł daje początek kieszonkom, należy więc je zwalczać; 95% osób dorosłych okazuje mniej lub więcej rozległe obszary zapalenia dziąseł, z których połowa jest skutkiem złogów kamienia. Leczenienie zapaleń dziąsła jest równie ważne, jak leczenie próchnicy. Najczęstszym ich powodem są resztki pokarmowe zaklinowane między zębami z powodu wadliwych punktów stycznych, złe wypełnienia, nieprzylegające korony. Zachowanie miazgi w dobrym stanie jest najlepszym środkiem zapobiegającym ropniom zębodołowym. Podstawą racjonalnego leczenia będzie dokładne spostrzeganie obejmujące: 1) rozpoznanie, 2) rejestrowanie leczenia, 3) obowiązkowe badanie radjograficzne zawartości przewodu korzeniowego w każdym przypadku, 4) stan następowy po upływie roku i więcej. Przy leczeniu należy bezwarunkowo przestrzegać postępowania bezgnilnego, dbać o nienaruszoność tkanki okołowierzchołkowej, używać środków nieszkodliwych dla tkanek miękkich i wypełniać przewody należycie przygotowane materjałem bez zarzutu.

Rocznik 23. Nr. 11. i 12. 1921.

H. Rodier. **Późne skutki upadku na siekacz górny, którego korzeń został zwichwięty i złamany 42 lat przed wyjęciem.** Opis przypadku śródzębołowego złamania siekacza, który wyjęty po upływie czterdziestu dwóch lat wykazał nowo wytworzony mostek kostninowy, łączący odłamany szczyt korzenia z resztą zęba. Ta samonaprawa stała się możliwą jedynie dzięki temu, iż miazga zębowa otoczona tkankami, nie pozostając pod działaniem szkodliwych wpływów świata zewnętrznego, utrzymała przez długi czas (kilka lat) swą żywotność i uległa zrazu przerostowi a następnie zwapnieniu, wytworzywszy obfitą tkankę zębinową.

P. Fargin-Fayolle. **O wchłanianiu korzeni zębów mlecznych.** Spostrzeżenie, dotyczące rodzeństwa, brata ośmnasto- i siostry siedmnastoletniej z zupełnym (radjograficznie stwierdzonym) brakiem niektórych dwuguzkowców. Mimo tego braku wessanie korzeni odpowiednich zębów mlecznych odbyło się prawidłowo i zęby te wypadły, co dowodzi, iż sprawa wessania korzeni zębów mlecznych jest samoistna i nie zależy od ucisku napierającego zęba stałego, przyczem wessanie to odbywa się równomiernie, zarówno od wewnątrz, od strony przewodu korzeniowego, jak i od zewnątrz, od strony zębodołu.

A. Bloch. **Niedokształcenie »Capdeponta«.** U sześciu członków jednej rodziny spostrzegał autor opisane po raz pierwszy przez Capdeponta w roku 1905 zboczenie twórczości tkanek zębowych, dotyczące zarówno uzębienia stałego, jak i mlecznego, a polegające na ubytkach części zgryzowych koron w rozmaitym stopniu, poczynając od braku pojedyńczych guzków aż do zupełnego zaniku koron i zrównania ich z poziomem dziąsła. Przy tem mają zęby barwę »cukru jęczmiennego« i są niewrażliwe na zmiany ciepłoty i na kwasy. Przy tem powierzchnia „trąca“ (już nie „tnąca“) siekaczy ma kształt wypukły a nie wklęsły, jak przy innych ubytkach. Ogólny stan zdrowia i odżywienia jest przytem dobry.

Cavina. **Wpływ zębów na przebieg kliniczny złamań szczęk.** Spóźniony nieco przyczynek do traumatologji szczęk oparty na licznych spostrzeżeniach obrażeń szczękowych podczas wojny światowej. Zrostowi odłamków kostnych przeszkadzać, i tem samem sprzyjać powstawaniu stawów wrzekomych i przetok kostnych, mogą zęby i korzenie, bądźto wklinowane bezpośrednio między odłamkami lub też znajdujące się w najbliższem sąsiedztwie złamania, a których miazga obumarła wskutek urazu powoduje cały szereg spraw zapalnych ozębnej, okostnej i kości. Dlatego nie należy kierować się zbytnią zachowawczością: zęby, nadające się do leczenia, odpowiednio zaopatrzyć i użyć ich jako filarów do przyrządów ustalających, inne zaś bezwzględnie usunąć. W każdym przypadku złamania szczęki oddaje doskonałe usługi rozpoznawcze radjografja i badanie żywotności zębów prądem faradycznym.

G. Izard. **Etnografja dentystyczna.** Krótki szkic wierzeń i zabobonów związanych z obecnością zębów u noworodków, tudzież z wypadaniem zębów mlecznych i wykluwaniem się zębów stałych u ludów europejskich i egzotycznych. Dowiadujemy się zeń np., iż zwyczaj dzieci małopolskich rzucania zębów mlecznych wypadłych w ogień z formułką: „Myszko myszko! masz tu ząb kościany, daj mi żelazny“ spotyka się również w Armenji, i Angji, jak również u dzikich szczepów w Ameryce, Oceanji i Afryce.

L. Rousseau-Decelle. **Zwapnienie miazgi w związku z zupełnem złamaniem zęba.** U trzydziestoletniego mężczyzny, który doznał na wojnie podwójnego złamania szczęki dolnej, stwierdzono w wyjętym z powodu znacznego ochwiania, spowodowanego złamaniem, drugim dwuguzkowcu dolnym zupełne zwapnienie miazgi, wypełniającej w kształcie spoistego ćwieka kostnego cały przewód i łączącej w ten sposób obie części złamanego zęba.

A. Bozo. **Francuska szkoła stomatologiczna.** Przemówienie na zakończenie roku szkolnego we francuskiej szkole stomatologicznej, zawierające plan nauki i wytyczne kształcenia młodych lekarzy w stomatologji.

V. Xernieuwe. **Rzekome zapalenie zatoki szczękowej osesków.** Zapalenie ropne zatoki szczękowej nie może zdarzać się u osesków, gdyż w tym wczesnym okresie niema jeszcze właściwej zatoki, zaznaczonej tylko jako mała szpara wypełniona śluzem. Natomiast zdarza się zapalenie kości szczęki górnej, mogące mieć powód w następujących źródłach zakażenia: 1) w jamie ustnej, a zwłaszcza w zębodole, szczególnie wskutek urazów porodowych przy położeniach twarzowych, wskutek zakażenia gonokokowego lub też z powodu infekcji przeniesionej mlekiem, 2) w oczodole wraz z przewodem nosołzowym wskutek zapalenia gałki ocznej lub zakażenia niedrożnego jeszcze zupełnie przewodu łzowego, 3) w jamie nosowej, lecz najrzadziej, wskutek stosunków anatomicznych, odmiennych w tym czasie od stosunków u dorosłego.

Howe P. R. **Witaminy a zęby** (ref. z The Jorn. of Dent. Res. 3. 1921). Powtarzając doświadczenia Millera karmił autor trzydzieści świnek morskich przez rok wielkiemi ilościami węglowodanów, przyczem, mimo iż resztki pokarmów przylegały do zębów i odczyn śliny był kwaśny, ani ślad próchnicy nie pokazał się. Natomiast, żywiąc zwierzęta pokarmami pozbawionemi trzech zasadniczych postaci witamin, udało mu się w przeciągu kilku miesięcy wywołać choroby dziąseł i zębów. By nie dopuścić do śmierci zwierząt, podawano im nieco soku cytrynowego. Zmiany chorobowe występowały pod postacią zaniku zębodołów, podobnego do zaniku starczego, tudzież ropocieku zębodołowego i obrzęku dziąseł. Zęby, zwłaszcza u zwierząt młodych, okazywały odwapnienie tak znaczne, iż zgłębnikiem można było przeniknąć w głąb zębiny i powstawały ubytki zupełnie podobne do próchniczych. U jednego zwierzęcia wypadły zęby dolne i górne siekacze, a żuchwa uległa odwapnieniu aż do okolicy zębów trzonowych. Pod wpływem podawania soku cytryno-

wego w znaczniejszej ilości stan zwierzęcia poprawił się i zęby, znacznie ochwiałe, częściowo się wzmocniły. Pasy odwapnienia dały się też zauważyć w innych częściach szczęk i na czaszce.

Z badań tych wynika, iż dobór pokarmów ma ważny wpływ na stan uzębienia; djeta obfita w wapno i witaminy jest jednym z najważniejszych czynników zapobiegawczych próchnicy zębów.

J. Tellier. **Zakażenie ustne a posocznice niejasnego pochodzenia** (ref. z Progr. Méd. Nr. 16. 1921). Autor nawiązuje do opisanego przez Acharda i Gardina w la Médecine, Nr. 12 1920 przypadku ropnico-posocznicy paciorkowcowej u mężczyzny 25-letniego, u którego hodowle z krwi, wziętej za życia, wykazały paciorkowce, a ani badanie kliniczne ani sekcja nie zdołały ustalić wrót zakażenia. Tellier zwraca z naciskiem uwagę, na konieczność dokładnego badania jamy ustnej, która może być często przyczyną zakażenia. Zakażenie ustne (*septicité bucco-dentaire, oral sepsis* autorów angielskich i amerykańskich) może zjawiać się w rozmaitej postaci, jako ropne zapalenie dziąseł, zapalenie jamy ustnej zwykłe lub wrzodziejące, ropociek zębodołowy, powikłania próchnicy, zapalenie ozębnej ostre, przewlekłe, ropne, przetoki i inne. Wprawdzie A. i G. podają ogólnikowo, iż jama ustna nie wykazywała zmian, lecz „lekki obrzęk okolicy nadgnykowej", podany w historji choroby, powinien był skłonić ich do przeprowadzenia badania w kierunku utajonego przewlekłego zapalenia ozębnej wierzchołkowej, względnie ropnia zębodołowego, na który, jako na czynnik etjologiczny pierwszorzędnego znaczenia, autorowie angielscy i amerykańscy w ostatnim dziesiątku lat zwrócili uwagę w niezliczonych pracach. Zmiany te są tem niebezpieczniejsze, iż często przebiegają bez objawów klinicznych, a tylko dokładne badanie radjograficzne i bakterjologiczne może je wykryć W przypadkach więc posocznicy niejasnego pochodzenia musi badanie, jeżeli ma być dokładnem, objąć też szczęki i zęby, zwłaszcza t. zw. zęby martwe, których wierzchołki mogą być siedzibą ukrytych ropni wierzchołkowych, przyczem doskonałe usługi odda radjografja.

Zeitschrift für Stomatologie.
Nr. 5. i 6.

Koneffke (Hamburg). **Stężenie jonów wodorowych w ślinie, jako czynnik etjologiczny próchnicy.** Autor obrał sobie za zadanie zbadać wpływ kwasoty śliny na próchnicę. Posługując się dla określania stężenia jonów wodorowych metodą indykatorową, a dla oznaczenia zawartości kwasu miareczkowaniem, autor starał się wykluczyć wszelkie źródła błędów, a mianowicie: kolor własny śliny, dodatek środków antyseptycznych, wpływ soli neutralnych, wreszcie wpływ białka i jego produktów rozpadu. Badania autora obejmowały kobiety niepalące tytoniu, tudzież mężczyn palących i pijących (umiarkowanie). Przypadki segregował, nazywając jamą ustną »wolną od próchnicy (próchnico-odporną)« taką jamę ustną, w której zęby nie wykazywały żadnych zmian, nawet i wyrównanych, »próchnicą nieznaczną«, taką, gdzie zajętych było 4—6 zębów, »próchnicą rozległą«, taką, gdzie zajętych było więcej zębów. Osób badanych było 54 tj. po 6 badań śliny u 9 następujących kategoryj:

1. jama ustna wolna od próchnicy kobiet niepalących;
2. jama ustna wolna od próchnicy mężczyzn palących i pijących;
3. jama ustna pielęgnowana z małą próchnicą kobiet niepalących;
4. jama ustna pielęgnowana z małą próchnicą mężczyzn palących i pijących;
5. jama ustna pielęgnowana z rozległą próchnicą kobiet niepalących;
6. jama ustna pielęgnowana z rozległą próchnicą mężczyzn palących i pijących;
7. jama ustna niepielęgnowana z rozległą próchnicą kobiet niepalących;
8. jama ustna niepielęgnowana z rozległą próchnicą mężczyzn pijących i palących;
9. jama ustna od więcej niż 15 lat bezzębna starych kobiet.

Przytem badano: długość czasu potrzebną do otrzymania 40 cm^3 śliny zbieranej do kolbek, wygląd śliny, ciężar gatunkowy, reakcję na lakmus, fenolftaleinę, metyloranż, lakmus, paranitrofenol i czerwień neutralną; miareczkowano rozczynem sody żrącej. We wszystkich przypadkach okazywała ślina stałą kwasotę, czasem oddziaływała obojętnie, nigdy nie była alkaliczna. Próchnicoodporność okazała się przy ślinotoku normalnym i przy średniej wartości stężenia jonów wodorowych. Zmiana tego wykładnika w górę lub w dół, łącznie z obfitszym lub skąpszym ślinotokiem, łączyła się z próchnicą.

Nr. 11. 1920.

Kranz. **Przyczynek do etjologji anomalij zębów, ustawienia ich i szczęk.** Podczas gdy niektórzy autorzy uważają krzywicę za zasadniczy czynnik etjologiczny zarówno niedorozwoju szkliwa, jak i anomalji szczęk i ustawienia, to inni uważają rozmaite inne przyczyny również za przyczynę tych zmian. Z biegiem czasu wybiły się dwie teorje: krzywicy i kiły, podczas gdy od blisko dziesięciu lat zaznacza się związek przyczynowy z zaburzeniem funkcji gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Autor stara się udowodnić na podstawie statystyki, obrazu histologicznego i doświadczenia na zwierzęciu, że czynnikiem decydującym przy powstawaniu niedokształceń szkliwa, jak również anomalij szczęk i ustawienia jest zaburzenie przemiany wapniowej. Osobne miejsce zajmują w literaturze o niedokształceniach szkliwa nieprawidłowości zębów przy kile wrodzonej, tak zwane zęby Hutchinsonowskie. Autor otrzymał w poszukiwaniu krętków bladych w zawiązkach zębów wyniki ujemne, natomiast znajdował znaczne zmiany histologiczne, mianowicie rozluźnienie szkliwa i szczeliny pomiędzy pojedyńczymi pryzmatami; również znalazł niezwapniałe miejsca w zębinie, szczególnie zaznaczone na szczycie zawiązka zębinowego. Te zmiany patologiczne znajdował autor tylko u tych płodów z kiłą dziedziczną, u których znajdowały się równocześnie zwyrodnienia w grasicy i tarczycy, jak również nienormalny proces zwapnienia, natomiast tam, gdzie tych zmian w gruczołach nie było, brakło też zmian w zębach. Autor jest (w przeciwieństwie do Fleischmana) zwolennikiem związku między krzywicą, drgawkami i niedokształceniami; nie uznaje on ścisłej różnicy między anomaljami krzywiczemi a tężyczkowemi. Autor zwraca uwagę na okoliczność, na którą dotychczas mało zważano, mianowicie, że niedokształcenia szkliwa, jak również anomalje szczęk i ustawienia, często idą ze sobą w parze; przyczyny ich należy szukać w zaburzeniu czynnościowem gruczołu tarczowego.

Wien. klin. Wochenschrift.
Nr. 31 1921.

Hauer. **Próby zastosowania rozczynu jodowego Pregla w dentystyce.** Na podstawie kilkumiesięcznego spostrzegania zdaje autor sprawę ze stosowania rozczynu jodowego Pregla przy wszczepianiach i maksyllotomiach, tudzież przy leczeniu przetok. Przy przestrzykiwaniu przetok płynem Pregla ukazywał się podobnie, jak przy użyciu kamfenolu, zanik tkanki ziarninowej i wygojenie bliznowate. Wstrzyknięcie płynu Pregla pomiędzy szwy rany po maksyllotomiach świeżo zamkniętej przyśpieszyło znacznie wygojenie, a rany kostne gojące się przez ziarninę pokrywały się szybko nabłonkiem. Przy podrażnieniu okostnej używa autor z powodzeniem wstrzykiwań podśluzowych nierozcieńczonego płynu Pregla w ilości 0·5 do 2·0 cm.^{3}, starając się przytem dojść jak najbliżej do ogniska chorobowego. Również w przypadkach ropotoku dziąsłowego były dobre wyniki. W przypadku *angina Ludovici* przyniosło codzienne dwukrotne przestrzykanie płynem Pregla i ciepłym rozczynem fizjologicznym soli szybkie wygojenie. Również po transplantacjach otrzymał autor przy stosowaniu płynu Pregla dobre wyniki.

Allerhand (Lwów).

Bibljografja.

A. Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Lekarz wojskowy Nr. 3. Wł. Poraj-Biernacki: Najnowsze metody biologiczne rozpoznawania kiły. — Walkier: Przyczynek do badań nad grypą. — T. Budzyński: Spostrzeżenia kliniczne nad epidemją grypy hiszpańskiej. — A. Kończacki: Kilka uwag o zachowaniu się lekarzy wojskowych na polu bitwy. — Z. Szymanowski: O potrzebie policji sanitarnej w wojsku.

Zdrowie Nr. 1. S. Dzierzgowski: W sprawie zaopatrywania osiedli w wodę. — Nr. 2. P. Drzewiecki: Rozpaczliwy stan sprawy mieszkaniowej i środki jej poprawy. — Ch. Phyllips: Propaganda hygjeny dziecka w Polsce. — Z. Gembarzewski: Filtry amerykańskie i wodociągi m. st. Warszawy.

Przegląd Dermatologiczny Nr. 3. 1921 r. W. Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w zdrowej skórze przy działaniu na nią dziegciu z węgla kamiennego. — R. Bernhardt: Ziarninowatość limfatyczna skóry.

B. Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in Monatscheften 1922. Marzec. (Monachium, S. F. Lehmann). Cena 7·50 mk. niem Treść: 1) Prof. Naegeli: O blednicy i o stosowaniu dużych dawek żelaza w niedokrwistościach. 2) Prof. Bergmann: Nowsze poglądy co do kamicy żółciowej. 3) Prof. Frank: Nowoczesny rozwój leczenia cukrzycy.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

I. Posiedzenie administracyjne z dnia 4 stycznia 1922.

Kol. Wojciechowski, dziękując za zaszczytny wybór na przewodniczącego, uprasza wszystkich kolegów o życzliwe współdziałanie. Kol. Ciechanowski imieniem Zarządu wnosi, aby kol. Rosnerowi, w dowód uznania za pracę w Towarzystwie lekarskiem, które pod jego dwuletniem kierownictwem stanęło na bardzo wysokim poziomie, nadać tytuł Członka honorowego, a równocześnie wnosi kol. Wojciechowski, aby i kol. St. Ciechanowskiemu, w uznaniu jego długoletniej pełnej poświęcenia pracy, nadać tęsamą najwyższą godność, jaką Towarzystwo rozporządza. Następnie sekretarz stały kol. Zubrzycki, skarbnik kol. Ackermann, bibliotekarz kol Blassberg, kol. Piotrowski i kol. Leńkowski zdają sprawę z czynności Zarządu na rok 1921.

a. Sprawozdanie sekretarza stałego. Ruch naukowy i towarzyski w Krakowskiem Towarzystwie lekarskiem był nie mniej ożywiony, jak w roku ubiegłym. Posiedzeń naukowych odbyło się w roku 1921 37 i jedno posiedzenie wyborcze, razem posiedzeń 38. Srednia liczba uczestników wynosiła około studziesięciu. Na posiedzeniach wygłoszono 30 odczytów, przedstawiono 126 przypadków. Przemawiało w dyskusji 132 kolegów. Z 30 odczytów było z zakresu: historji medycyny 2, anatomji porównawnawczej 2, higjeny bakterjologji i epidemjologji 3, chorób wewnętrznych 5, chorób dzieci 1, okulistyki 5, neurologji i psychjatrji 4, dermatologji 1, medycyny sądowej 2, weterynarji 1, spraw społeczno-lekarskich 4. Z przypadków przedstawionych przypada na dentystykę 1, embrjologję 1, higjenę i bakterjologję 3, medycynę sądową 6, radjologję 6, chirurgję 7, okulistykę 9, anatomję patologiczną 10, choroby wewnętrzne 17, neurologję i psychjatrję 20, dermatologję 20, choroby kobiece i położnictwo 28.

Zabierali głos w Towarzystwie, bądźto wygłaszając odczyty, bądźteż przemawiając w dyskusji nie tylko członkowie Towarzystwa, ale i liczni goście, jak prof. Gluziński i Loth z Warszawy, prof. Marchlewski z Krakowa, Dr. Wernic z Warszawy, i inni.

Trudności wydawnicze, wynikłe z powodu stosunków drożyźnianych, spowodowały, że dwa czasopisma polskie lekarskie a mianowicie: „Przegląd lekarski" i „Lwowski Tygodnik Lekarski" złączyły się w jedno czasopismo „Polskie Czasopismo Lekarskie". Po długich pertraktacjach przystąpiła do tego związku i „Gazeta Lekarska", a następstwem tego jest to, że 1/I 1922 wychodzić będzie złączone czasopismo pod tytułem „Polska Gazeta Lekarska".

Poza posiedzeniami naukowemi odbywały się w Towarzystwie lekarskiem zebrania towarzyskie, na których bądźto członkowie Towarzystwa, bądźteż zaproszeni goście wygłaszali odczyty. Zebrań tych było 8. Treść zaś odczytów i prelegenci następujący; Jaworski: O bolszewiźmie, Seńkowski: Nowe poglądy na budowę wszechświata, Reinhold: O tak zwanej poczytalności. Wachholz: Tłómaczenie Fausta, Pietrzycki: Spostrzeżenia nad znaczeniem zjawisk fizycznych w przyrodzie, Kott: Narodziny współczesnej moralności, Kutrzeba: Prawo Polski do Polski, Talko-Hryncewicz: O olbrzymach i karłach Na zebrania te uczęszczali bardzo licznie nie tylko członkowie Towarzystwa, ale i liczni goście, których zajmujące tematy i serdeczny towarzyski nastrój sprowadzał w mury Towarzystwa. Nadmienić muszę, że do ożywienia ruchu towarzyskiego przyczyniło się w wysokim stopniu zaprowadzenie ciepłego bufetu w czasie posiedzeń w Towarzystwie.

Ruch członków w Towarzystwie przedstawił się następująco: przyjęto nowych członków 44, zmarło 4, wystąpiło 27, zamianowano jednego członka honorowego. Obecnie liczy Towarzystwo członków 292. Celem umożliwienia korzystania z odczytów i kolegom z prowincji postanowił Zarząd ogłaszać tytuły odczytów w większych miastach prowincjonalnych, oraz postarał się o cztery łóżka, pomieszczone w gmachu Towarzystwa, gdzieby koledzy przejezdni przenocować mogli, w razie niemożności powrotu. Łóżka te uzyskał Zarząd od amerykańskiego Towarzystwa Y. M. C. A. i od Czerw. krzyża polskiego. Że Towarzystwo poza sprawami naukowemi zajmowało się i innemi zagadnieniami życia społecznego znajdujemy dowody w szczegółowych protokołach posiedzeń, z których dowiadujemy się, że poruszano w Towarzystwie sprawę walki z chorobami wenerycznemi, sprawę złego funkcjonowania wodociągów miasta Krakowa i sprawę zwinięcia Ministerstwa zdrowia. Wspomnieć należy, że członkowie Towarzystwa ufundowali jedną cegiełkę na odnowienie Wawelu, oraz zebrali pewną kwotę na plebiscyt górnośląski, wreszcie, że Towarzystwo ufundowało jedną cegiełkę na budowę domu medyków w Krakowie.

We wrześniu ub. r. gościło Towarzystwo w swoich murach licznych uczestników zjazdu Towarzystwa francusko-polskiego, których przyjęciem zajął się komitet wybrany z łona Towarzystwa. Goście francuscy w liczbie około 100 wzięli udział w śniadaniu oraz raucie w Tow. lekarskiem. Na obu obecni byli liczni przedstawiciele świata naukowego, władz cywilnych i wojskowych.

Nadmieniam wreszcie, że ustępujący Zarząd, mając na względzie dalszy rozwój Towarzystwa, poczynił pierwsze kroki celem rozszerzenia gmachu Tow. lekarskiego i dobudowy II piętra. Myśl tę przekazuje ustępujący Zarząd nowemu wraz ze szczerem „Szczęść Boże" w dalszej pracy.

b. Sprawozdanie bibljotekarza. W roku 1921 dokończono przenoszenia części bibljoteki do parterowego lokalu, uzyskanego od Izby lekarskiej. W ciągu tego roku w znacznym stopniu posunęło się naprzód uzupełnianie zaległości wojennych. Zainwentaryzowano 70 wydawnictw perjodycznych i 51 dzieł, tak, że w dniu 31. XII. 1921 było w Bibljotece zainwentaryzowanych i skatalogowanych razem 12.221 dzieł i 763 wydawnictw perjodycznych. W ciągu tego roku wypożyczono z Bibljoteki książek lub pism 69, zwrócono 54, pozostało zaległych 15. Nadto z lat ubiegłych nie wpłynęło jeszcze dotąd 97 książek lub czasopism wypożyczonych. Liczba członków koszystających z bibjoteki wynosiła 24. Jak corocznie tak i w r. 1921 najbardziej otaczał Bibjotekę swą opieką prof. Ciechanowski, który nadsyłał stale liczne czasopisma i książki. Oprócz tego wpłynęły znaczniejsze dary w książkach od pp. Drowej Mączkowej i Drów Pisarskiego i Weinsberga z Krakowa, od Akademji nauk lekarskich i Dra Serkowskiego z Warszawy, od Francuskiego Ministerstwa wojny z Paryża, od Dra Guermonprez z Lille oraz od Amerykańskiego Towarzystwa Smithsona W kasie podręcznej bibljotecznej pozostałość z 1920 roku wynosiła 442 marek; ze sprzedaży dubletów bibljotecznych uzyskano marek 1045, tak, że pozostaość kasowa na rok 1922 wynosi 1487 marek.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

V. Posiedzenie naukowe z dnia 10 lutego 1922 r.

Przewodniczy: kol. Franke. Obecnych 78.

1. Kol. Sochański przedstawia dwa przypadki **akromegalji**, leczone w klinice lekarskiej naświetlaniem przysadki mózgowej promieniami Roentgena; zestawia objawy właściwe temu cierpieniu, rozpoznanie różniczkowe i metody leczenia, włącznie z Roentgenem.

W dyskusji kol. Vrabetz opisuje przypadek Straussa, w którym przy naświetlaniu przysadki w odstępach 4 tygodniowych objawy podmiotowe poprawiły się po kilku dniach, a następnie i bystrość wzroku została odzyskaną.

2. Kol. Meisels przedstawia przypadek **wrodzonego wysokiego stanu przepony** po stronie lewej. Chory zgłosił się do kliniki, skarżąc się na kłócie i ból w klatce piersiowej po stronie lewej i dolegliwości przy połykaniu. Przy badaniu fizykalnem przedstawiają się te przypadki często jako schorzenia płuc lub serca. Przedstawiony przypadek był też leczony na innym oddziale jako zapalenie opłucnej i dopiero badanie rentgenowskie wykazało jako przyczynę dolegliwości wysoki stan przepony po stronie lewej. Mowca omawia rozpoznanie różniczkowe pomiędzy wysokim stanem przepony a przepukliną przeponową, która czasami daje przy badaniu rentgenowskiem identyczny obraz. Najważniejszą różnicę między temi oboma schorzeniami stanowi wygląd łukowatej linji, oddzielającej jamę brzuszną od jamy piersiowej. W przypadkach wysokiego stanu przepony, gdzie linja ta odpowiada przeponie, stanowi ona tylko jeden równomierny gładki łuk; w przypadkach zaś przepukliny przeponowej linja ta jest utworzoną przez dwa krzyżujące się łuki, z których przyśrodkowy odpowiada żołądkowi, boczny zgięciu śledzionowemu kiszki grubej. W przypadkach wysokiego stanu przepony żołądek ulega często przemieszczeniu ku górze i zniekształceniu wskutek obrotu naokoło osi strzałkowej i pionowej. Żołądek przybiera kształt worka

zawieszonego w środku, którego oba końce zwisają ku dołowi. To zniekształcenie i przmieszczenie żołądka pociąga za sobą zagięcie i skręcenie naczyń, co usposabia do powstawania wrzodu, którego istnienie i w naszym przypadku należy przyjąć. Przemawiają za tem: wysoka kwasota treści żołądkowej i dodatnia próba benzydynowa w stolcu. Wskutek przemieszczenia żołądka zagina się przełyk w swej części podprzeponowej łukowato ku górze, co powoduje utrudnienie przechodzenia pokarmów i dolegliwości przy połykaniu.

W dyskusji kol. Schramm, Rencki, Franke i prelegent omawiali niejasność pojęcia *eventratio* dla opisanego przypadku, podnosząc niesłuszne przyjęcie tej nazwy przez autorów niemieckich.

3. Kol. Leszczyński przedstawia przypadek **naevus anaemicus Vörner** u kobiety, dotkniętej równocześnie kiłą. Na skórze dolnej części brzucha po stronie prawej zwracają uwagę nagromadzenia barwika w plamach wielkości grochu z lekko zaznaczonym zanikiem skóry. Są to pozostałości po guzkach kiłowych, już wessanych. Przy bliższem oglądaniu widzimy, że podłoże i otoczenie tych zmian również nie jest prawidłowe. Najwyraźniej widać to na obwodzie. Są tam plamki jaśniejsze, podobne do leukodermy, mniej do powierzchownych blizenek. Skóra zupełnie prawidłowa, o rysunku niezmienionym lub silniejszym, a różnica barwy od otoczenia pochodzi jedynie od mniejszej zawartości krwi w tych częściach skóry. Plamki te występują w ugrupowaniu podobnem, jak znamiona barwikowe, najmniejsze wielkości główki od szpilki, większe wielkości soczewicy i grochu, i nad powierzchnię skóry nie są wyniosłe. Przy bocznem jednak oświetleniu robią niektóre wrażenie, jakby były wyniosłe na grubość papieru. Całość roztacza się na przestrzeni większej niż dłoń. Zmiana ta opisana została przez Vörnera w r. 1906. Ilość ogłoszonych dotychczas przypadków jest około 15. Sprawa wrodzona klinicznie cechuje się rzeczywistem niedokrwieniem ograniczonem. Przy podrażnieniu mechanicznem, cieplnem, elektrycznem jest odczyn t. zn zaczerwienienie słabsze. niż skóry prawidłowej otaczającej. Jako przyczynę uważał Vörner pierwotnie brak tętniczek, znalazłszy w jednym przypadku tylko naczynia włosowate. Przypuszczenie, że naczynia są prawidłowe, ale mniej gęsto rozmieszczone, okazało się również niesłusznem. W ostatniej publikacji twierdzi Vörner, że cała sprawa polega na stałym tonus nerwów zwężających naczynia, a to na tle wrodzonego braku czy niedostatecznego działania nerwów rozszerzających naczynia. (A. R.)

W dyskusji kol. Łukasiewicz podnosi, że miejsca niedokrwiste robią nań wrażenie blizn, czego jednak wobec braku lupy i z powodu sztucznego oświetlenia nie może stwierdzić.

4. Kol. Węglowski przedstawia chorego, któremu przed 6-ciu tygodniami **przeszczepił żyłę odpiszczelową podskórną** (*v. saph. magna*) do tętnicy udowej z powodu tętniaka urazowego, powstałego po zranieniu przed dwoma laty. Tętniak spowodował obrzęk lewej kończyny, owrzodzenia skóry, bóle i niemożność używania kończyny. Po oddzieleniu tętniaka wytworzył się w tętnicy ubytek 18 cm. długości, w który wszczepiono odcinek żyły odpiszczelowej. Operacja dała wynik bardzo dobry. Wrzody zagoiły się samoistnie, bóle znikły, chory dobrze chodzi, a nawet biega. W miejscu przeszczepienia wyczuwa się dobrze tętniącą żyłę i dobrze wyczuwalne jest tętno w tętnicy grzbietowej stopy. Mówca zaznacza, że pomimo trudności technicznych, operacja ta daje dobre wyniki przy ubytkach w tętnicach ponad 5 cm. Szew okrężny z dobrym wynikiem może być stosowany tylko przy mniejszych ubytkach, gdzie końce tętnicy dają się dobrze zeszyć, bez napięcia szwów. Przeszczepianie naczyń zupełnie niesłusznie zaniechane zostało przez chirurgów niemieckich. Przedstawiony przypadek jest 54-tym przypadkiem prelegenta. W. stracił tylko dwu chorych na początku wojny w r. 1914. a u jednego chorego w r. 1920 wystąpiła zgorzel stopy. U pozostałych 51 chorych wynik był dodatni.

5 Kol. Parnas wygłasza wykład **O równowadze kwasów i zasad w ustroju ze szczególnem uwzględnieniem krwi.**

Kmietowicz, sekretarz.

Towarzystwo lekarzy polskich b. Galicji Sekcja jarosławska.

Posiedzenie naukowe z dnia 9. grudnia 1921 w szpitalu powszechnym w Jarosławiu.

1. Przewodniczący zawiadamia o przesłaniu życzeń Tow. lek. warszawskiemu z okazji jego 100 lecia.

2. Kol. Händel wygłasza wykład: **„Nowsze poglądy na odżywianie chorych w czasie gorączki i chorób zakaźnych".**

Dyskusję na wniosek kol. Meisselsa odłożono do następnego posiedzenia.

3. Kol. Puzon przedstawia chorych: a) **z łuszczką jagliową i wrzodem rogówki**; b) **z wrzodem rogówki pełzającym**; c) **z wrzodem rogówki środkowym i ropniakiem** przedniej komórki oka, w których, prócz miejscowego, odpowiednio do istoty cierpienia, leczenia, stosowano śródmięśniowe wstrzykiwania mleka (Müller). Wstrzykiwania mleka stosuje się w szpitalu w schorzeniach oka i różnych ostrych, podostrych i przewlekłych zakażeniach, od kilku lat; d) **2 chorych z ciężkiemi postaciami zimnicy**: W pierwszym przypadku u m. 25-letniego stosowano przedtem znaczne dawki chininy i neosalwarsanu. Sześciotygodniowe leczenie chininą (5 razy dnia po 0,20) i śródżylne wstrzykiwania po 0,30 dało polepszenie. Na zabieg operacyjny chory nie chciał się zgodzić. W drugim przypadku u m. l. 28. cierpiącego na zimnicę, stwierdzono bardzo gwałtowne bóle w kościach podudzia prawego ze zmianami na skórze, wynaczynionki na skórze i zakrzep żył; po wykluczeniu tła innego prelegent odnosi zmianę do zakażenia zimniczego. Wobec braku korzystnego wyniku leczenia wewnętrznego i trwania gwałtownych bólów, przystąpiono do odjęcia uda prawego (Gritti).

4. kol. Fechter przedstawia: a) mężczyznę l. 48 operowanego **z powodu niedrożności mechanicznej jelit**, z przeszkodą w jelicie cienkiem: po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono u chorego skręcenie jelit cienkich około swej osi. wobec nadmiernego wzdęcia jelit nacięto ściany jelita celem wypuszczenia treści, co dopiero umożliwiło odprowadzenie jelit do jamy brzusznej. Wyleczenie; b) mężczyznę lat 50, u którego przed operacją rozpoznano **mechaniczną niedrożność** jelit z przeszkodą w jelicie cienkiem, a otwarcie jamy brzusznej wykazało przepuklinę dwunastniczojelitową (*hernia interna Treitz*) uwięzgniętą. Przy operacji uwolniono jelita cienkie, które w całości były we worku, i obszyto (*peritonisatio*) przecięte brzegi worka. Wyzdrowienie. Przypadki podobne należą do rzadkości nadzwyczajnych. Powyższy przypadek jest zdaje się jedynym w piśmiennictwie polskiem; c) kobietę lat 54 **z wypadnięciem trzew** (*eventratio*) przez otwór w ścianach brusznych; blizna po doszczętnym zabiegu z powodu przepukliny pachwinowej prawostronnej), ograniczona zgorzel worka przepuklinowego, sięgającego do połowy uda; wypadnięcie sieci i objawy niedrożności wewnętrznej. Ponieważ wedle zapodania chorej uśpienie ogólne źle na nią działa, wykonano zabieg chirurgiczny w znieczuleniu lędźwiowem trcpacocainą. Wycięcie worka przepuklinowego i wycięcie sieci i rozluźnienie zrostów między jelitami; wycięcie wyrostka robaczkowego i szew wielokrotny na jelita (*peritonisatio*). Zaszycie powłok brzusznych na głucho, wyleczenie.

5. Kol. Fechter przedstawia preparaty anatomo-patologiczne: a) **wyrostek robaczkowy**, operowany w w 50 **godzin po pierwszych objawach chorobowych** i zgorzel bez wysięku do jamy otrzewnej; sączek — zejście śmiertelne w 7 dniu, b) **wyrostek robaczkowy**, operowany **w 48 godzin po pierwszych objawach** chorobowych, zgorzel na przebiciu i wysięk w jamie brzusznej surowiczy, obok objawu Mc. Burneya, wybitny objaw Bursinga; krwiomocz z utrudnieniem przy oddawaniu tegoż, pierwotne zaszycie powłok brzusznych i wyleczenie; c) **wyrostek robaczkowy 18 ctm. długi**, w dolnej części grubszy z tworami kulistemi (uchyłki), krezka gruba i mięsiwa, tak iż trzeba było podwiązać ją kilkakrotnie; d) **kątnicę z przypadku z objawami przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego**, zwężeniem światła jelitowego; zrosty ze siecią i przydatkami macicy; wyrostek robaczkowy wgłębiony w kątnicę i wewnątrz owrzodziały (dziewczyna 23 letnia), wycięcie kątnicy; połączenie sztuczne jelit boczne (*entero-enteroanastomosis lateralis*) Kader-Radliński. Zaszycie powłok brzusznych pierwotne, wyzdrowienie; e) preparat **kątnicy, wstępnicy i poprzecznicy**, uzyskany przy zabiegu operacyjnym z powodu **skrętu jelit** ze zgorzelą. Przypadek dotyczył chorego lat 50, który zachorował na 24 godzin przed przybyciem do szpitala i przedstawiał obraz następujący: ciepłota 37·4°C, tętno 80, język suchy, brak stolca i wiatrów, bole w brzuchu ciągłe; brzuch silnie wzdęty, bolesny, płyn w jamie brzusznej. Operacja: odkręcenie i wycięcie jelit zgorzelą dotkniętych, zespolenie boczne jelita biodrowego z esicą, zeszycie powłok pierwotne. Zejście śmiertelne po 24 godzinach. Przy zabiegach operacyjnych w jamie brzusznej używa F. od dłuższego czasu znieczulenia czystym eterem; poprzednie podanie środka nasennego (morfina) i atropiny w celu zmniejszenia wydzielin ułatwia w znacznym stopniu narkozę. Do jamy brzusznej wlewa eter, wywołujący czynność fagocytozy i podnoszący odporność otrzewnej przeciw zakażeniom. Ranę w powłokach brzusznych zaszywa F. pierwotnie, nawet w razie wczesnych ropnych zapaleń.

Tadeusz Fechter.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie naukowe z dnia 18 stycznia 1922.

1. Kol. Kummant. Pokaz preparatu **połowy żołądka wyciętego w znieczuleniu miejscowem.** Chory Jan Gr. 59 lat od 1½ roku cierpi na żołądek. Dr. Klukow stwierdził rozstrzeń żołądka i zwężenie odźwiernika. Przy operacji okazało się, iż w odźwierniku był wrzód, robiący przy obmacywaniu wrażenie guza. Z powodu podejrzenia na raka wycięto pół żołądka. Na tylnej powierzchni wrzód drąży do trzustki; wycięto jego dno nożem i zeszyto brzegi trzustki: krwawienie ustało. Połączono jelito czcze z resztką żołądka modo Reichel-Polya.

2. Kol. J. Koliński. **Wpływ wojny na choroby oczu.** (Będzie ogłoszona drukiem)

W dyskusji kol. Schweig. Hemeralopja była także rozpowszechniona podczas wojny na zachodzie, tak np. w znacznej mierze pośród armji austrjacko-węgierskiej, jako skutek braku tz. witaminoz w pożywieniu, i występowała bądź to odrębnie bądź też w połączeniu z gnilcem, chorobą obrzękową i podobnemi zachorowaniami. To też bardzo dużo poświęcono uwagi tej sprawie, a zwłaszcza zagadnieniu objektywnego stwierdzenia kurzej ślepoty przy równoczesnym braku zmian na dnie oka. Prócz mniej lub bardziej skomplikowanych fotometrów dobre usługi oddaje perimetr, gdyż przy hemeralopji daje się stwierdzić zamiana granic dla barwy żółtej i niebieskiej w polu widzenia.

Co do jaskry, to znaczniejsze rozpowszechnienie jej pośród żydów, było już dawno znane, a liczby podane przez mówcę są

doskonałem potwierdzeniem tej tezy. Rozpowszechnienie jaglicy wśród wojska należy przypisywać nieodpowiednim przepisom wojskowym w tej dziedzinie, które z jednej strony niedostateczne były do racjonalnego leczenia jaglicy w wojsku i ciągłym ulegały zmianom a z drugiej strony skłoniły liczne rzesze chorych w wieku poborowym do zaprzestania leczenia. Należy zwrócić uwagę, że i teraz, po ukończeniu wojny, jaglica szerzy się wśród ludności, po części może z powodu głodu mieszkaniowego, który zmusza nieraz liczne rodziny ze sfer ubogich do zamieszkiwania w jednym pokoiku, a po części z powodu niedostatecznej akcji władz zdrowia publicznego, poświęcających mało środków materjalnych na cele walki z jaglicą.

Zabierali jeszcze głos kol. Starzyński i Handelsman.

3. Kol. S. Sterling. **Przyśpieszone osadzanie się krwinek czerwonych, jako objaw rokowaniowy w gruźlicy.** (Ogłoszone drukiem w Nr. 8 Polskiej Gazety lekarskiej.

W dyskusji kol. Venulet: Znaczne przyśpieszenie w opadaniu krwinek uwydatnia się zaraz po wzięciu krwi z żyły nawet bez jakiegokolwiek zabiegu; towarzyszy mu wytwarzanie się białego skrzepu w górnej części naczynia. Podobne zjawisko spotykamy najczęściej przy kile i podczas ciąży. Ponieważ jedne i te same krwinki opadają z różną szybkością w zależności od osocza, główną rolę w danem zjawisku odgrywa fizykalno-koloidalny stan osocza, zwłaszcza chwiejność jego globulin; jednocześnie daje się zauważyć zmniejszenie napięcia powierzchniowego osocza. Niska temperatura wstrzymuje szybkie opadanie krwinek. Bardzo przyśpieszonemu opadaniu czerwonych ciałek zdaje się towarzyszyć również zmniejszenie ich ilości.

Zabierali jeszcze głos kol.: M. Cohn, Mogilnicki, Leyberg, Tenenbaum, Grosglik.

Posiedzenie naukowe z dnia 8 lutego 1922.

1. Kol. Sonenberg przedstawia chorą 16-letnią dotkniętą **tocznieni pospolitym**, gdzie blizna. powstała po zagojeniu, spowodowała następczo dwie zmiany w otworach nosowych i w otworze ust; otwory nosowe zostały zupełnie zamknięte, usta zostały zwężone do bardzo małego otworu, którego średnica wynosi 2 cm. Przypadek jest ciekawy i z innego względu — oto poucza on nas jak ustrój potrafi przystosować się do zmienionych warunków. Zdawałoby się niepodobieństwem, aby można było przez tak mały otwór oddychać i przyjmować pokarmy. A jednak chora do tego przyzwyczaiła się i obecnie, jak widzimy, w oddychaniu prawie nie odczuwa przeszkody, trudniej nieco przyjmuje pokarmy. W ciągu najbliższych dni zostanie dokonany zabieg operacyjny w celu powiększenia ust i przywrócenia otworów nosowych.

2. Kol. Kummant przedstawia chorego i preparat po częściowem wycięciu żołądka w znieczuleniu miejscowem.

3. Kol. B. Frenkiel mówi: **O stwardnieniu rozsianem,** przedstawiając równocześnie szereg chorych, dotkniętych tem cierpieniem.

W dyskusji zabierają głos kol. Garliński, Venulet i Sterling.

4. Kol. Maybaum-Marzyński wygłasza: **Kilka uwag w sprawie raka odbytnicy.** Prelegent omówił objawy klasyczne, występujące stale przy raku odbytnicy (parcie, krwawienie, zaburzenia przy oddawaniu stolca) i objawy drugorzędne, spostrzegane nader często i dlatego ważne, że występują stosunkowo wcześnie (wypróżnienia wybuchowe, zapach szczególny, indykan w moczu itp.) Uleczalność raka drogą chirurgiczną zależy od wczesnego rozpoznania; w tym celu musi być dostrzeżony objaw nawet najdrobniejszy; w żadnym przypadku podejrzanym nie wolno zaniechać zbadania odbytnicy palcem i zgłębnikiem.

W dyskusji zabierali głos kol Maks, Kon i Goldman.

5. Kol Tenenbaum wygłosił odczyt pt. **Postępy w lecznictwie odmą sztuczną.** (Drukowane w Nr. 10 i 11 Polskiej Gaz. lekarskiej).

W dyskusji zabrał głos kol. Sterling.

6. Kol. Goldman przedstawia preparat z wrzodem okrągłym.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 31 stycznia 1922 r.

Przewodniczy prof. A. Gluziński.

1. Mściwój Semerau **„Przyczynek do patogenezy żółtaczki hemolitycznej oraz do fizjologji patologicznej śledziony".** (Praca ukaże się w całości w Polskiej Gazecie lek.).

W dyskusji St. Klejn omawia patogenezę żółtaczki hemolitycznej. Tu należy uwzględnić 2 czynniki, bez których cierpienie jest nie do pomyślenia: 1) zmniejszoną odporność czerwonych krążków, 2) czynnik hemolityczny. Co się tyczy zmniejszonej odporności, to samo określenie, iż ustrój wytwarza mniej odporne krążki, nic nam nie wyjaśnia — należy dojść do istoty tego objawu. Wobec zmian fizykalno-postaciowych w krążkach czerwonych (mikrocytoza, ziarnistość przyżyciowa autoglutyniny etc.) musimy dojść do wniosku, że budowa i skład chemiczny krążków są swoiście zmienione. Zmiany te czynią je podatnemi do hemolizy. Zmiany w surowicy nie grają tu roli. Zaburzenia w metabolizmie hemoglobiny nie mogą tu mieć znaczenia. Widocznie istnieją tu zaburzenia w metabolizmie drugiego ważnego składnika krążków, a mianowicie w lipoidach (cholestearynie i lecytynie). Cały szereg faktów za tem przemawia. Z drugiej strony szpik kostny, w którym wytwarzają się krążki czerwone, jest słabo zaopatrzony w lipoidy, stanowiące materjał zapasowy dla ciałek czerwonych. Że w powstawaniu niedokrewności hemolitycznej wogóle, a w niedokrewności złośliwej w szczególności, dużą rolę grają lipoidy i wogóle tłuszcze, przemawia fakt dziwny i dotychczas niewytłumaczony, że pomimo anoreksji, rozwolnienia i ol:gemji podkład tłuszczowy jest tu nietylko dobrze rozwinięty, ale nawet nadmierny. Podobne zaburzenie w metabolizmie lipoidów ma niewątpliwie podkład konstytucjonalny, być może zależny od zaburzeń w wydzielaniu wewnętrznem. Należy tedy zwrócić baczną uwagę na lipoidy krwi i narządów. Uczynił to szereg badaczy, a także i mowca. Badania te jednak nie zostały konsekwentnie doprowadzone do końca, należy bowiem zbadać także zachowanie się lipoidów nie tylko we krwi i surowicy, lecz i w szpiku kostnym i w innych, a głównie w czerwonych krążkach, i to zarówno przed jak i po wyłuszczeniu śledziony. Co się tyczy czynnika hemolitycznego to nie ulega wątpliwości, że główną rolę gra tu śledziona i wątroba. (Streszczenie własne).

Starkiewicz robi pewne zastrzeżenia, odnoszące się do 3-ch przypadków omawianych, a mianowicie w przypadkach I. i II. wywiady nie wykazały żółtaczki w dzieciństwie. W IV przypadku we krwi stwierdzono megaloblasty nie uzupełniono badania przez zbadanie szpiku kostnego po śmierci chorej, następnie St. robi zastrzeżenia co do stosowania usuwania śledziony, szczególniej, że cierpienie nie jest zbyt ciężkie dla chorych, który są *plus ictériques que malades*, według wyrażeń autorów francuskich, tem więcej, że sama operacja daje od 3—5% śmiertelności.

Mutermilch uważa za najważniejszy czynnik żółtaczki hemolitycznej zmniejszoną odporność czerwonych krążków, o której wspominał mowca. Zmniejszenia odporności należy szukać w samej stronie czerwonych krążków, które przedstawiają siatkę z substancji białkowej, oczka owej siatki zawierają cholestearynę Zmiana w ustosunkowaniu pomiędzy cholestearyną a substancją białkową siatki wywołuje zmianę fizyko-chemiczną budowy czerwonych krążków i zmniejsza ich odporność. M. nie uważa, aby śledziona była czynnikiem wpływającym na powstawanie żółtaczki hemolitycznej, ale stwierdza brak wyjaśnienia, dlaczego usunięcie śledziony wpływa dobrze na stan chorych.

Szokalski uważa, że w leczeniu żółtaczki hemolitycznej należałoby zastosować leczenie przeciwkiłowe pomimo, że próba Wassermanna może dawać wynik ujemny, jak to spostrzegał w jednym ze swoich przypadków, a następnie, zgodnie z Chauffard'em, radzi zwracać uwagę na gruźlicę, zimnicę.

Prof. Gluziński opisał przypadek żółtaczki hemolitycznej w ciężkiej niedokrwistości. Odporność ciałek czerwonych była zmniejszona — obraz skazy hemolitycznej, śledziona nie była powiększona. Chora zmarła; na sekcji wykryto *distomum haematobium.* W przypadkach usunięcia śledziony z powodu ciężkiej niedokrwistości, jak w chorobie Bantiego, występowała leukopenja, w 2-ch przypadkach leukocytoza lymphocytica; w 1 przypadku prawie w rok po operacji białaczka. Zachowanie się chorych po operacji nie przedstawia ciężkich objawów. Zabieg chirurgiczny usunięcia śledziony niełatwy, choćby biorąc pod uwagę przypadek prelegenta, który zakończył się śmiercią.

Prof. Czubalski zauważył, że mowca z jednej strony ujmował patologiczne własności śledziony i jej wpływ na patogenezę żółtaczki hemolitycznej, z drugiej zaś strony przenosił przyczynę na szpik kostny i przytaczał, jako dowód, że czerwone ciałka są mało odporne. Przenoszenie wszystkich objawów na szpik kostny prof. Cz uważa za niesłuszne z następujących powodów: że śledziona odgrywa rolę w omawianem cierpieniu dowodzi poprawa stanu chorego po jej usunięciu, przemawiają także powstałe po usunięciu śledziony zmiany we krwi. Śledziona wpływa na krzepliwość krwi, jak tego dowodzą badania laboratoryjne. Być może, że w żółtaczce hemolitycznej wpływ śledziony silniejszy, niż w warunkach normalnych.

W odpowiedzi Semerau dał wyjaśnienia na poruszane przez mowców kwestje. *W. Kowalski*, sekretarz doroczny.

Stowarzyszenie lekarzy w Warszawie.

Posiedzenie sekcji szpitalnictwa z dnia 30 stycznia 1922 r.

Przewodniczy prof. Br. Sawicki.

Po odczytaniu sprawozdania rocznego wygłosił Br. Wejnert odczyt p. t.: **„Obecny stan walki z rakiem i instytucje, służące do tego celu".** Mowca mówi o wielkiem rozpowszechnieniu się raka w różnych krajach i u nas, popierając swoje wywody liczbami. Rak zabiera więcej ofiar, niż cały szereg chorób zakaźnych, a częstość śmierci z raka wzrasta z szybkością około 20% na każde 10—15 lat W szpitalach rakowaci stanowią poważny odsetek umierających lub wypisujących się bez poprawy, i jedynie gruźlica daje większe od raka liczby. Omówiwszy organizację walki z rakiem na zachodzie, mowca zaznacza, że Warszawa posiada tylko dwie instytucje, niosące pomoc rakowatym: przytułek w Królikarni i „Przychodnie" polskiego komitetu do zwalczania raka. Przytułek, zdaniem mowcy, wymaga rozszerzenia i ulepszeń. Przychodnie mieszczą się tymczasem w lokalach kasy chorych: jedna przy ul. Sosnowej, druga przy ul. Młynarskiej. Miesięczna liczba zgłoszeń dosięga 40. Przychodnie korzystają z pomocy pracowni lekarskich, między innemi i rentgenowskiej. Rad w razie potrzeby bezinteresownie stosuje kol. Węckowski. Projektowane jest założenie przez wspomniany komitet specjalnego instytutu dla badania leczenia raka.

W dyskusji Chrostowski kreśli dzieje przytułku dla nieuleczalnych w Królikarni. Istnieje od 25 lat, mieści do 50 pensjo-

narjuszy, z których $^{2}/_{3}$—to rakowaci. W ostatnich latach przytułek wciąż walczy z trudnościami finansowemi. Obecnie miasto daje stały zasiłek, wynoszący miesięcznie 100000 Mk. z górą. Dalej Puławski, Rychliński, Mutermilch i inni zabierają głos tak w sprawie statystyki śmiertelności z raka, jak i w sprawie poprawy finansów obu wspomnianych przez mowcę instytucji. Wreszcie Dr. Sawicki, omówiwszy zwiększenie się liczby przypadków raka w ostatnich latach skutkiem wstrząśnień moralnych związanych z wojną, popiera projekty poprzednich mówców, a od siebie proponuje odwołanie się do ofiarności publicznej przez pośrednictwo prasy dla podtrzymania obu instytucyj. S. wypowiada się za energiczniejszą, niż dotychczas propagandą za pomocą odczytów, pokazów itp. w celu uświadomienia mas co do istoty, zapobiegania i leczenie raka, a szczególnie co do konieczności wczesnego zgłaszania się do lekarza Założenie instytutu dla badania raka jest sprawą odległej przyszłości. Narazie należałoby w jednym ze szpitali, zaopatrzonych już w niektóre pracownie i mających oddziały chirurgiczne, otworzyć oddział dla rakowatych. Konieczne jest nabycie większej ilości radu, ażeby umożliwić leczenie nie tylko samym pierwiastkiem, ale i jego emanacją. Do leczenia raka skonstruowano w Niemczech specjalne przyrządy rentgenowskie, z któremi musieliby zapoznać się nasi radjolodzy.

Następnie przystąpiono do wyboru prezydjum na r. b. Wobec stanowczego ustąpienia Br Sawickiego, na przewodniczącego sekcji wybrano przez aklamację K. Zielińskiego, na zastępcę St. Orłowskiego (ponownie), na sekretarza Br. Szerszyńskiego (ponownie). *Br. Szerszyński.*

Polskie Towarzystwo medycyny społecznej.

Posiedzenie z dnia 14 lutego 1922.

Dr. Adamski: „Stan sanitarno-leczniczy Kasy chorych m. Warszawy".

Mowca przedstawia szczegółowy stan higjeniczno lekarski Kasy chorych m. Warszawy, czynnej od 1 sierpnia 1920 roku. We wstępie referent opisuje pracę w administracji Kasy, wykazując przeciążenie Kasy drukami, wzorami, oraz zwracając uwagę na zbyt wielką liczbę biur zgłoszeń. W spisie centrali Kasy chorych przy ul. Solec 93. Dr. Adamski podkreśla braki higjeniczne w umeblowaniu pokojów leczniczych, w przewietrzaniu pomieszczeń Kas chorych, w oświetleniu sal operacyjnych, naogół jedna kże, zdaniem referenta. urządzenia centrali są przemyślane, jest nawet oddzielny pokój izolacyjny dla chorych na choroby zakaźne i są aparaty dezynfekcyjne. Ogólny stan sanitarno-higjeniczny filji Kasy chorych nie wszędzie jednakowy: filje przy ul. Puławskiej, Sosnowej, Żytniej, są prowadzone na stosunki dzisiejsze u nas bez zarzutu. zaś inne pozostawiają wiele do życzenia. To samo da się powiedzieć o przychodniach Kasy chorych i ambulatorjach pofabrycznych.

Przechodząc do lecznictwa, sprawozdawca przedewszystkiem stwierdza, że, aczkolwiek w Kasie chorych istnieje wolny wybór lekarza, jednakże wybór ten jest ograniczony liczbą lekarzy Kasy chorych i tylko w przypadkach chorób ambulatoryjnych każdy ubezpieczony w Kasie chorych ma wszystkie dane, aby być szczegółowo zbadanym i dokładnie leczonym. Kasa chorych dokonywa wszelkich analiz możliwie szybko w swojem laboratorjum chem.-bakterjologicznem; aparat Rentgena jest do rozporządzania każdego lekarza. Apteki Kasy chorych są zaopatrzone w dostateczną ilość środków leczniczych, byłoby pożądanem jednak, zdaniem referenta, gdyby lekarze kasy chorych w przepisywaniu lekarstw kierowali się pewną wewnętrzną farmakopeą ekonomiczną, co byłoby z wielką korzyścią dla Kasy. Kasa chorych, udzielając pomocy dentystycznej, nie ogranicza się do usuwania zębów chorych, lecz w szerokich rozmiarach leczy zęby. Pomoc położnicza jest opracowana do najdrobniejszych szczegółów: Chora od pierwszego dnia połogu ma zapewnioną fachową pomoc lekarską (lekarza-akuszera, akuszerkę i wszelkie niezbędne środki lecznicze, opatrunkowe i dezynfekcyjne). Chory na gruźlicę i inne choroby przewlekłe jest na koszt Kasy chorych umieszczany w szpitalach, bądź w sanatorjach. Chorzy obłożnie mają zapewnioną pomoc lekarską u siebie w mieszkaniu, do czego są wyznaczeni specjalni lekarze. t. zw. rejonowi. Lekarze ci w przypadkach wątpliwych, bądź wymagających zbadania specjalnego, mają prawo wzywać lekarzy specjalistów z pośród lekarzy ambulatoryjnych Kasy chorych. We wszelkich zaś nagłych przypadkach każdy ubezpieczony ma prawo zwrócić się do każdego lekarza prywatnego, wszelkie koszty związane z udzielaniem pomocy lekarskiej przez lekarzy prywatnych zwraca Kasa chorych. Wynagrodzenie personalu lekarskiego jest naogół wysokie w porównaniu z płacami, pobieranemi przez lekarzy w służbie państwowej, komunalnej lub prywatnej. W zakończeniu referent przeprowadza porównanie między dawniejszym systemem udzielania pomocy lekarskiej klasom pracującym, a systemem Kas chorych. (Autoreferat).

Polskie Tow. Dermatologiczne. - Oddział lwowski.

IV. Posiedzenie naukowe z dnia 27 października 1921.

Przewodniczy prof. Łukasiewicz. Obecnych 18.

1. Prof. Łukasiewicz przedstawia zajmujący przypadek **symetrycznego zajęcia kończyn dolnych przez twardzinę skóry** i izraelitę 46-letniego z **pęcherzycą** (*pemphigus foliaceus*).

2. Dr. Schwarz przedstawia chorego z objawami — jego zdaniem — **ciężkiej postaci kiły.**

W dyskusji prof. Łukasiewicz uważa ten przypadek za *pemphigus vegetans* i przeprowadza szczegółowe rozpoznanie różniczkowe.

3. Dr. Füllenbaumówna przedstawia przypadek z brodawkowemi wybujałościami po przebyciu **zapalenia skóry na tle rtęciowem** i przypadek „do rozpoznania".

Nad ostatnim rozwija się nader ożywiona dyskusja; przemawiają prof. Łukasiewicz, prym. Leszczyński i dr. Krzemicki.

4. Doc Leszczyński przedstawia przypadek **kilaków ramienia.**

5. Dr. Mierzecki wygłasza odczyt pt: **Przyczynek do patologji kiły jamy brzusznej**, omawiając zmiany swoiste i nieswoiste narządu trawienia, trzustki, wątroby i śledziony, stwierdzone na kiłowym materjale Zakładu anatomji patol. Uniw. lwowsk. — Odczyt jest wynikiem pracy, przeznaczonej do druku pt Kiła na stole sekcyjnym.

W dyskusji zabierają głos prof. Nowicki, prof. Łukasiewicz, prym. Leszczyński, dr. Leon Krzemicki i prelegent

V. Posiedzenie naukowe z dnia 10 listopada 1921.

Przewodniczy prof. Łukasiewicz. Obecnych 21.

1. Prof Łukasiewicz przedstawia a) 52 letniego mężczyznę z **liszajem płaskim czerwonym** najbardziej typowe objawy na błonie śluzowej policzków, b) następnie przedstawia przypadek **tocznia rumieniowatego;** cierpieniem dotknięty silnie zbudowany 24-letni rolnik, u którego pierwsze zmiany chorobowe zauważono w 1913 r., obecnie rozległe ogniska na szczycie owłosionej skóry czaszki, na policzku prawym i drobne ognisko na nosie i szyji.

2. Prym. Leszczyński przedstawia i omawia niezwykły przypadek **zespołu objawów trzeciorzędniej kiły z objawami tocznia.** Z kolei przedstawia przypadek **pęcherzycy zwykłej,** w którym po zastosowaniu szeregu wlewań śródżylnych chininy nie przychodzi od szeregu miesięcy do samodzielnego wytwarzania się wykwitów, a jedynie co pewien czas w miejscach drażnienia zjawia się drobny pęcherzyk.

W dyskusji przemawia dr. Krzemicki, prof. Łukasiewicz, dr. Papée i prelegent.

3. Dr. A. Kogutowa mówi **O próbach z preparatami salwarsnowemi polskich fabryk chemicznych**, pod nazwą neosalvan i neosalutan. Obszerniejszą notatkę ogłosi w „P.Gazecie lekarskiej.

VI. Posiedzenie naukowe z dnia 24 listopada 1921.

Przewodniczy prof. Łukasiewicz Obecnych 21.

1. Prof. Łukasiewicz przedstawia przypadek *pemphigus vegetans* i z przypadku tego szereg preparatów histologicznych, które objaśnia dr. Mierzecki.

2 Doc. Leszczyński przedstawia chorą z **tocznien rumieniowatym,** u której po silnem naświetleniu słonecznem w lecie nastąpiło znaczne zaostrzenie sprawy chorobowej; ciepłota dosięgła 40°, a na twarzy rozwinęły się zmiany podobne do róży, poczem na skórze głowy liczne ropnie. Obecnie sprawa się uspokoiła. Prelegent, omawiając szczegółowo ten przypadek, zatrzymuje się dłużej na ostatniej publikacji Kreibicha, który zrobił takie samo spostrzeżenie i rozpatruje teorję Gennericha o patogenezie lup. eryth. Prelegent uważa, że teraz dopiero zaczynamy się zbliżać do rozwiązania zagadnienia o patogenezie tocznia rumieniowatego.

Zdzisław Kotiers, sekretarz.

Towarzystwo Stomatologów polskich w Krakowie.

Posiedzenie z dnia 16 stycznia 1922.

Obecnych 10 członków.

1) Przyjęto Dr. W. Dymnicką w poczet członków Towarzystwa.

2) Przeczytano odpowiedzi Sądu Okręgowego w sprawie rzeczoznawców.

3) **Dyskusja** nad odczytem Dr. J. Piątkowskiego pt. **„Zastosowanie jodu i jego połączeń w stomatologji"**, w którym mowca wylicza preparaty jodowe, używane w stomatologji i wykazuje ich zalety i wady. Mowca wskazuje na w nowszych czasach dużo używany rozczyn jodowy Pregla

W dyskusji zabierali głos prof Łepkowski, Dr. Syrop i Dr. Piątkowski

4) **Dyskusja** na temat techników dentystycznych.

5) Referat Dr. Syropa o przypadku **raka sutka z przerzutami w jamie ustnej.**

Posiedzenie z dnia 30 stycznia 1922.

Obecnych 11 członków.

1) Ponieważ koreferenci Dr. Steinberg i Dr. Wodniecki na posiedzeniu się nie zjawili, postanowiono na wniosek Dra Piątkowskiego sprawę techników-dentystycznych załatwić *in pleno*, uważając wybraną komisję za rozwiązaną. Po krótkiej dyskusji przyjęto jednomyślnie wniosek o wysłaniu listu następującej treści: „W odpowiedzi na pismo Gremjum Techników-Dentystów w Krakowie w sprawie zakresu uprawnienia zawodowego techników-dentystycznych oraz ich pomocników, Towarzystwo Stomatologów polskich w Krakowie na zebraniu odbytem w dniu 30 stycznia 1922 roku uchwala, co następuje: Towarzystwo Stomatologów polskich w Krakowie uważa się za nieuprawnione do rozstrzygania spraw, wchodzących w zakres kompetencji ciał ustawodawczych i uchwala przejście nad tym przedmiotem do po-

rządku dziennego. Sprawę tą zresztą załatwiło Ministerstwo Zdrowia Publicznego okólnikiem z dnia 10 stycznia 1922".

2. Odczyt Dr J. Piątkowskiego: „O postępowaniu leczniczem po zabiegach chirurgicznych w jamie ustnej" Mowca podnosi dobre wyniki w leczeniu ran otwartych. Używanie setonów jest wskazane jedynie w przypadkach, gdy rany są głębokie. zakażone, gdy istnieje możliwość powstania martwiaków. Następnie mowca opisuje metody postępowania podczas krwotoku z jamy ustnej i sposoby ogólne i lokalne zatrzymania go. W końcu zajmuje się bólem pooperacyjnym i sposobami unikania go, zarówno zapobiegawczo, jak i następowo

W dyskusji przemawiał prof. Łepkowski.

Dr. *St. Tomczyk*, sekretarz.

Kółko Naukowe Lekarzy Szpitala Państwowego we Lwowie.

VII. posiedzenie z dnia 14 lipca 1921.

I. Dr. Jarocki (oddz. W. I.) przedstawia chorego z wysiękiem osierdziowym znacznych rozmiarów. Dr. Vrabetz okazuje zdjęcie rentgenologiczne z tego przypadku.

II Dr. fil. i sł med Stefan Baley (oddz. W. III.) przedstawia i szerzej omawia przypadek nagminnego zapalenia mózgu w połączeniu z psychozą o typie obłędu z przygnębieniem (manja depresyjna)u 19-letniej dziewczyny.

III. Dr Karowiec (oddz. chir.) przedstawia szereg przypadków z zakresu plastyki.

IV. Prym. Ziembicki okazuje kilka kamieni kałowych, które odeszły po dłuższem zaparciu i wśród wielkich bólów. Ciężkie, wielkości dużych włoskich orzechów, składają się z siarczanu baru Chorej podany był ten preparat dla rentgenologicznego badania przewodu pokarmowego. Wykazano znaczne obniżenie żołądka i okrężnicy. Część poprzeczna okrężnicy sięga do spojenia łonowego przy wysokiem ustawieniu kątów wątrobowego i śledzionowego, tak, że cała okrężnica ma kształt wielkiego M. Przypadek jest przestrogą także dla rentgenologów. Przesuwanie się siarczanu baru powinno się, zwłaszcza przy skłonności do zaparcia, śledzić aż do zupełnego odejścia. Mowca przeprowadza odczyny chemiczne właściwe dla tej soli barowej i omawia rodzaje złogów, jakie mogą powstać w przewodzie pokarmowym.

VIII. posiedzenie z dnia 4 sierpnia 1921.

I. Dr. Wiczyński (oddz położn.-gin.) przedstawia przypadek raka łechtaczki, przeznaczony do operacji.

II. Prym Ziembicki: 1) Przedstawia przypadek Lymphogranulowa (Sternberg), z badaniem histologicznem gruczołu, potwierdzającem rozpoznanie. Przytacza analogje z przypadkiem, przedstawionym dn. 9 czerwca. Przy tej sposobności przytacza mowca pracę Weinberga (Z. f. kl. Med. 1917., s. 99.), który na podstawie szczegółowej analizy własnych 2 przypadków, popartej badaniami histologicznemi. bakterjologicznemi i szczepieniami doświadczalnemi, przyszedł do przekonania, że, jak to już przypuszczał Sternberg, cierpienie to nie jest niczem innem, jak gruźlicą, i dlatego oświadczył się za przyjęciem nazwy, użytej przez Baumgartena: *Lymphogranuloma tuberculosum*.

2) Omawia przypadek alkaptonurji, spostrzegany na oddziele Wewn. II. Objaw ten wystąpił u chorej z ostrym nieżytem żołądkowo-jelitowym, będącym następstwem zatrucia pokarmowego. Przedstawia mocz i cechujące odczyny, jakoteż omawia kliniczną stronę tego rzadkiego zaburzenia.

3) Zdaje sprawę ze spostrzeżeń, poczynionych na oddziele z komosą ezerwiogubną (*Ol. Chenopodii anthelmintici*), a w szczególności z jego atakowania narządu słuchowego. (Rzecz przeznaczona do druku).

IX. posiedzenie z dnia 24 sierpnia 1921.

I. Dr. Madejewski (oddz. poł.-gin.) przedstawia preparat zaśniadu krwawego (*mola carnosa*).

II. Dr Domaszewicz przedstawia 1. chorego z rozpoznaniem guza płata czołowego prawego; 2. chorą z pląsawicą. Przypadek odznacza się szczególniejszym rodzajem odruchów kolanowych, nazwanych przez Orzechowskiego „odruchem rakietowym".

III. Dr. Baley (oddz. W. III.) przedstawia chorą z akromegalią.

IV. Prym. Ziembicki przedstawia chorą ze swego oddziału z olbrzymim brzuchem (obj 141 cm.) z powodu nagromadzenia się płynu. Przy tej sposobności omawia rodzaje ubocznego krążenia żylnego, występującego w powłokach brzusznych.

V. Dr. Węgrzynowski (oddz. W. I.) przedstawia chorego z białaczką szpikową, u którego wystąpiła osutka, przypominająca wyglądem osutkę ospową.

W dyskusji Dr. Ardel rozpatruje ten objaw z punktu widzenia dermatologicznego.

VI. Dr. Tyczka (oddz. W. II.) wygłasza wykład: O niedokrwistości, występującej w związku z kiłą i opisuje przypadek takiej niedokrwistości, wyleczony środkami przeciwkiłowemi, w szczególności salwarsanem. (Przeznaczono do druku).

W dyskusji prym. Ziembicki podnosi rzadkość tych przypadków i rozpatruje znaczenie odsetkowego stosunku ciałek krwi u przedstawionej chorej, uważając m. i. znaczny odsetek małych limfocytów (połowa całej ilości) za objaw odczynu na długotrwałe zakażenie ustroju.

Posiedzenie kliniczne w szpitalu św. Ducha w Warszawie z dnia 19 czerwca 1921 r.

1. Dr. Kaczyński przedstawił; a) przypadek charłactwa pochodzenia tarczycowego, przedstawiony na posiedzeniu poprzednim. W przypadku tym dokonano przeszczepienia gruczołu tarczowego, pochodzącego od chorej z wolem, która jednocześnie podlegała operacji. Przeszczepienia dokonano do szpiku kostnego obu piszczeli; z obu stron zagojenie *per primam*. Wkrótce po operacji chora wróciła do stanu normalnego; objawy psychiczne zupełnie ustąpiły.

W dyskusji, w której zabierali głos dr. Stawiński, dr. Chrostowski i dr, Bełkowski, podkreślono nadzwyczaj pomyślne wyniki operacji, lecz zaznaczono, że wyniki te, jak to wykazuje doświadczenie, są najczęściej krótkotrwałe.

W dyskusji dr. Kaczyński zaznacza, że, o ile u chorej operowanej istnieją dodatkowe gruczoły tarczowe, jak to niekiedy spotykamy, to można się spodziewać trwałego wyleczenia. Chora ponadto otrzymuje stale preparaty tarczycy.

b). Preparat wyciętego pęcherzyka żółciowego od chorej na zapalenie woreczka żółciowego na tle kamicy; jednocześnie u chorej dokonano wycięcia wyrostka robaczkowego, w wyrostku napozór niezmienionym znaleziono gwoździk tapicerski ze złogami około niego w postaci kamienia. Wywiady nie wskazywały na schorzenie wyrostka robaczkowego.

c). Chłopca z zadawnionem zwichnięciem uda. Ponieważ nastawienie sposobem bezkrwawym było już niemożliwe, trzeba było dokonać częściowego wycięcia główki uda. Wynik operacji już jest taki, że chory zaczyna chodzić o kiju (staw biodrowo-udowy nieruchomy).

2) Dr. Rutkowski przedstawił przypadek *spondylitis lumbalis*, a operowany sposobem Albée'go (wszczepienie wzdłuż wyrostków ciernistych 3-ch kręgów lędźwiowych blaszki kostnej, długości 18 cm, wziętej z piszczeli). Zagojenie *per primam*. Wynik operacji wykazuje fotografja Roentgenowska. Cel operacji, unieruchomienie kręgosłupa w części lędźwiowej.

W dyskusji dr. Kaczyński wspomina o szeregu tego rodzaju operacji dokonanych przez Tuffier'a. W jednym z tych przypadków, kiedy chora zmarła po 8 miesiącach wskutek innej choroby, badanie mikroskopowe wykazało zlanie się kości wszczepionej z wyrostkami ciernistemi kręgów. Dr Bełkowski uważa tę operację za znaczny postęp w leczeniu tych spraw w porównaniu z gorsetami gipsowemi lub metalowemi.

3) Dr. Dąbrowski (z oddziału prof. Sokołowskiego) przedstawił przypadek tętniaka tętnicy głównej wstępującej u 44-letniego mężczyzny. Ciśnienie krwi na lewem ramieniu 16—7; na prawem 14—8; na nodze 23-8.

J. Bełkowski, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie polsko-francuskie w Warszawie.

Ogólne zebranie z dnia 9. lutego 1922 r.

1. Prof. J. Mazurkiewicz przedstawił rys działalności Towarzystwa za czas ubiegły. Członków liczyło Tow 250 w Warszawie i około tyluż w innych miastach Polski; liczniejsze grupy znajdowały się w Krakowie, Lwowie, Lublinie, Łodzi, Częstochowie, Poznaniu i Wilnie W roku ubiegłym zwrócono największy wysiłków w kierunku zorganizowania we wrześniu Zjazdu lekarskiego polsko-francuskiego, o którym dziś można powiedzieć, że osiągnął swój cel i doprowadził do zbliżenia kulturalnego dwóch bratnich narodów. Prof. Mazurkiewicz wspomina o artykułach, które pojawiły się w fachowej prasie francuskiej, jak prof. Roger w „Presse médicale", Dr. Gauthier i p. Georges Bienaimé we „France-Pologne", Dr. Descourt w „Concis médical" i w „Médecin Syndicaliste", prof. Collet w„Lyon Médical", prof. Platon itd. Prof. Guermonprez wydał specjalną broszurę, poświęconą zjazdowi wrześniowemu itd. W trzecim roku swego istnienia Towarzystwo będzie usiłowało wydawać w języku francuskim perjodyczny przegląd prac polskich, przyczem część kosztów pokryją przyjaciele Towarzystwa we Francji, resztę zaś trzeba będzie uzyskać w kraju. W Warszawie jest projektowany szereg posiedzeń z referatami, mającemi zapoznać lekarzy polskich z kierunkami myśli naukowej we Francji. Wreszcie wspomniał w gorących słowach o zmarłych członkach Towarzystwa Dr. Dembińskim Bronisławie, Hlasce Florjanie, prof. Koźniewskim Tadeuszu, Dr. Jakowskim Marjanie i Dr. Zielińskim Edwardzie, których pamięć zebrani uczcili przez powstanie.

2. Dr. Pawiński w imieniu komisji rewizyjnej przedstawił sprawozdanie ze stanu rachunków Towarzystwa za czas od 10 IV. 1920 do dnia 31 XII. 1921. Saldo rachunków Towarzystwa na dzień 1 stycznia 1922 r. wynosi 24.166·35 Mk. Saldo Zjazdu lekarskiego polsko francuskiego w Warszawie z września 1921 roku 423,933 Mk., czyli łącznie 453.099·35 Mk., złożone na rachunku czekowym P. K. O.

Zebranie udzieliło absolutorjum.

3. Dr. Gauthier, dyrektor służby zdrowia Misji Francuskiej w Polsce, wygłosił dłuższy, bogato objaśniony tablicami statystycznemi, odczyt w języku francuskim pt. „Rys stanu obecnej epidemji duru osutkowego i powrotnego w Polsce". Polska, jak na to zwrócił uwagę i Clemenceau, jest barjerą między zakażonym wschodem i zdrowym zachodem. Na jej terenie nieraz grasowały epidemje, jak np. w latach 1812—1813, dziesiątkujące armje Napoleona. Mowca wspomniał o pracach lekarzy polskich, jak Śniadeckiego, Wolffa, Francuza Bertranda, opisy Malcza duru 14-

dniowego itd., wspomniał o epidemjach na Górnym Śląsku, wzmożeniu się zachorowań po wojnie krymskiej. Przeszedłszy do opisu pandemji tyfusów za czas wojny od 1916, przedstawił dane statystyczne za poszczególne okresy, podkreślił rolę eksponowaną Galicji Wschodniej, udział cofających się armij Petlury i Bredowa w szerzeniu się epidemij, wreszcie przeszedł do opisu obecnego stanu. Gdyby nie kwarantanna na wschodniej granicy Polski, to i w 1921 r. mielibyśmy w Polsce epidemję durową wszędzie, ze względu na olbrzymie liczby zachorzeń na te choroby w Rosji. Omówił następnie warunki pracy wśród repatrjantów w Baranowiczach i Równem, podkreślając wydatną pracę personalu sanitarnego, zwłaszcza lekarzy, którzy, jak ostatnio Dr. Konwerski w Baranowiczach, padają ofiarą swego zawodu i poświęcenia. Zebranie uczciło pamięć Dr. Konwerskiego przez powstanie.

4. Prof. Kryński. **Wrażenie ze Zjazdu lekarskiego w Montpellier.** Mowca przedstawił warunki powstania uczelni lekarskiej w Montpellier, rolę lekarzy wędrujących żydów, arabów, wreszcie włochów; powstanie tej szkoły, konkurencyjnej dla Salerna, rolę papieża Honorjusza III, edykt z roku 1220 o otwarciu uczelni. Następnie dał rys świetnego rozwoju Uniwersytetu, jego roli, jako propagatora nauki o witaliźmie, która to właściwość została zachowaną po dzień dzisiejszy. Barwnie opisawszy sam Zjazd lekarski, zakończony odsłonięciem pomnika świetnego pisarza Rabelais, doktora medycyny z Montpellier, mowca podkreślił żywą sympatję, jaką cieszył się we Francji, jako reprezentant zaprzyjaźnionego z Francją państwa.

5. Następnie przystąpiono do wyborów uzupełniających do Zarządu Towarzystwa: na miejsce zmarłego Dr. Br. Dembińskiego wybrany został Dr Z. Grudziński, na miejsce Dr. Mickanicwskiego, który powrócił do Francji, wybrany został Dr. Baron z Misji Francuskiej.

Wniosek Dr. Szczawińskiej pośredniczenia Towarzystwa w zapoznawaniu Francji z pracami naukowemi polskiemi przekazano prezydjum, przyczem prof. J. Mazurkiewicz wyjaśnił, że akcja ta została już zorganizowaną.

6. Prof. Bujwid omówił proponowany na maj 1923. uroczysty obchód stuletniej rocznicy urodzin Pasteur'a, urządzany przez miasto i uniwersytet w Strasburgu łącznie z Instytutem Pasteura. Pomnik tego uczonego ma być odsłonięty przed gmachem Uniwersytetu w Strasburgu i jednocześnie odbędzie się tamże kongres higjeny i bakterjologji. Prof. Bujwid proponuje utworzenie komitetu, któryby z jednej strony zorganizował akcję zbierania składek na budowę pomnika, z drugiej zaś strony zorganizował udział Polaków w Kongresie. Wniosek prof. Bujwida przekazano prezydjum do wykonania. *Dr. A. Stefanowski.*

Zjazd doroczny neurologów francuskich od 3—4 czerwca 1921.
Anatomja patologiczna.
(Ciąg dalszy).

Lhermitte i Cornil. **Badania anatomiczne choroby Parkinsona.** Przyjmują, że obok choroby Parkinsona istnieją zespoły parkinsonowskie. Chorobę Parkinsona należy uważać za odrębną, samodzielną jednostkę chorobową, kryptogenetyczną, posiadającą też własny obraz anatomo-patologiczny. Nie podzielają zapatrywania, że stan sitkowaty (*état criblé*) jąder, soczewkowatego i prążkowatego, jest podkładem anatomicznym drżączki porażennej; wprost przeciwnie, zmian rozpadowych może być wogóle brak. Zmiany patologiczne znachodzą się wszędzie, w korze, w szypułkach, moście i rdzeniu przedłużonym, zmiany te są jednak różnie nasilone, najstarsze zaś i najpoważniejsze zmiany zachodzą w jądrach podstawy mózgu. Co do zmian stwierdzanych stale przez Tretiakowa w istocie czarnej Soemeringa (*locus niger*), to dają się one rzeczywiście zawsze stwierdzić, jednak także w przypadkach nic nie mających wspólnego z drżączką porażenną np. w jamistości rdzenia, stwardnieniu rozsianem itp. Zmiany Tretiakowa nie można przeto uważać za istotną. L. i C. nie stwierdzali pomniejszenia jąder soczewkowatego i prążkowatego, co jest tak charakterystycznem dla przewlekłej pląsawicy, nie znachodzili też uszczuplenia włókien rdzennych ani w striatum, ani w pallidum. Jedyna zmiana wybitna i stała, jaką stwierdzali, dotyczyła kuli bladej (*globus pallidus*), która wykazywała znaczny ubytek komórek mózgowych i cytologiczne zmiany pierwoszczy w komórkach zachowanych. Stosując metodę Casamajora wykazywali też stale w dwóch odcinkach kuli bladej ziarnistości metachromatyczne, które się zabarwiają przy użyciu tej metody w miejscach, ulegających zwyrodnieniu. Ponieważ jednak obok tego zasadniczego umiejscowienia sprawy patologicznej bywają w prawdziwej chorobie Parkinsona niemal stale różne inne rozsiane zmiany o zmiennem usado wieniu, nie uważają L. i C. cierpienia tego za schorzenie układowe

Foix. **Zmiany anatomiczne w chorobie Parkinsona.** Badał ośm przypadków cierpienia klasycznego i w następstwie zapalenia nagminnego mózgu, stwierdzając w grupie drugiej zmiany masywne w *locus niger*, a dyskretne w jądrze soczewkowatem, wzgórku wzrokowym, w czepcu i we wzgórkach czworaczych, przyczem zmiany odpowiadały trwającemu stale jeszcze, mimo długiego trwania sprawy, stanowi zapalnemu. W przypadkach klasycznej choroby Parkinsona najwybitniejsze i stałe zmiany dotyczyły istoty czarnej Soemeringa. Zmiany te polegały na cząsteczkowych i wysepkowych ogniskach zwyrodnienia i zaniku komórek nerwowych, doprowadzającego do zupełnego zniknięcia barwika z miejsc zajętych. Zmiany te jest bardzo łatwo rozpoznać. Na drugie miejsce przychodzą zmiany patologiczne w jądrach soczewkowatych, które są już bardziej zmienne. I one dotyczą także tylko komórek nerwowych, czem się różnią od starszych schorzeń. Ponadto znachodził F. stale mniej doniosłe, także komórkowe zmiany w jądrach szarych podstawy, a najmniej nasilone zmiany w moście, rdzeniu przedłużonym i mózgu. Wiązki nerwowe okolicy wzgórkowo-prążkowatej i podwzgórkowej mogą być całkiem prawidłowe. W sprawie patogenezy nie jest F. zwolennikiem teorji Ramsay Himta, który chorobę Parkinsona uważa za cierpienie układowe, a opowiada się za poglądem Zoglów i Dany, którzy zmianom anatomicznym przyznają tylko charakter zaburzeń opuszkowych. Zmiany patologiczne mogą mieć tylko pozory schorzenia układowego. Za teorją ogniskowego charakteru choroby przemawia rozsiewanie się sprawy także poza układ soczewkowaty, charakter nieregularny, wysepkowe zmiany w *locus niger* i analogia zmian anatomicznych w chorobie Parkinsona ze zmianami w obrazie parkinsonowskim poencefalitycznym.

Guillain i Lechelle: **Badania płynu mózgowo-rdzeniowego w chorobie Parkinsona i w zespołach parkinsonowskich poencefalitycznych.** Nie znachodzą żadnych odchyleń od stanu prawidłowego. Tego samego zdania jest Sicard, natomiast Belarmino znachodził w prawdziwej chorobie Parkinsona wzmożenie cukru i ilości ciałek.

Fizjologja patologiczna.

Wilson Kienner. **Fizjologja patologiczna sztywności i drżenia parkinsonowskiego.** Można powiedzieć, ogólnie biorąc, że drżenie dotyczy mięśni małych (palców, rąk, języka i warg), natomiast zesztywnienie obejmuje duże mięśnie. Można też przyjąć pokrewieństwo obu tych objawów, bo sztywność jest poniekąd „zduszonem" drżeniem, drżenie natomiast „popuszczającą" sztywnością mięśni. Sztywność i drżenie nie mogą być następstwem bezpośrednim zniszczenia ośrodków prążkowatych, ani też wynikiem ich podrażnienia. Powód jest „poza-strialny". Przecięcie międzymóżdża lub odcięcie móżdżka wywołuje zesztywnienie z odmóżdżenia (*regidité cecérébrée*), które daje postać wyprostną, czasem i zginacze jej ulegają, z drugiej jednak strony bywają przypadki Parkinsona o typie wyprostnym. Dochodzi tu więc do ogólnego zesztywnienia mimo że ośrodki podłoży mózgu są nietknięte Z drugiej strony drżenie może być następstwem obrażeń móżdżku, okolicy jądra czerwonego, może występować przy właściwie. Przestrzega przed umiejscowianiem zbyt szematycznem właściwie wszystkich rodzajów ruchów mimowolnych w ciele prążkowanem, które może być jednem ze źródeł ich powstawania; napewne jednak istnieją jeszcze źródła inne.

Jarkowski: **Odczyn mięśni przeciwniczych w zespole parkinsonowskim.** Przemieszczenie odcinków kończyny połączone z biernem skróceniem pewnej grupy mięśni wywołuje odruchowy skurcz mięśni przeciwniczych. Przy rozginaniu więc przedramienia następuje skurcz mięśnia dwugłowego, przy zginaniu łokcia skurcz mięśnia trójdzielnego. Objaw ten, często istniejący i u normalnych ludzi, istnieje stale i w wielkiem nasileniu w chorobie Parkinsona. Na nim polega objaw nagłego zatrzymania się (Dyleft), i nim prawdopodobnie należy tłumaczyć objawy parkinsonowskie: objaw koła zębatego i prawdopodobnie także sztywność mięśniową, wyrażającą niejako sumę całej serji nieskończenie małych odruchów przeciwniczych. Siedzibą tego odruchu jest prawdopodobnie móżdżek. Z chwilą gdy odpada wpływ hamujący ciał prążkowatych, powstaje wygórowanie działania, regulujące te odruchy ze strony móżdżka. D. n.

K. Orzechowski.

Medycyna społeczna.

Dr. med. R. Radziwiłłowicz. Warszawa.

Niepoczytalność w lex ferenda polskiej.

Uwagi psychjatryczne.

Sekcja prawa karnego Komisji kodyfikacyjnej, opracowująca obecnie przyszły Kodeks karny polski i przyszłą polską procedurę karną, na posiedzeniu w dniu 10. maja 1921 określiła zasadę, na której ma się opierać przepis prawa, warunkujący niepoczytalność podsądnego, w sposób następujący:

»Nie będzie poczytany czyn, jeżeli w chwili jego spełnienia sprawca znajdował się z powodu choroby psychicznej lub innego zakłócenia czynności psychicznych w takim stanie psychicznym, który nie pozwalał mu rozpoznać znaczenia czynu lub stosownie do tego rozpoznania pokierować swojem działaniem«.

Drugi Zjazd psychjatrów polskich, odbyty w Poznaniu w dniach 17., 18. i 19. maja 1921 r., podjął to samo zadanie i postawił zagadnienie niepoczytalności i związanych z nią spraw, jako zasadniczy temat obrad Zjazdowych. Referaty wygłosili: prof. Piltz (Kraków) *), Dr. Radziwiłłowicz

*) Prof. Piltz po Zjeździe ogłosił w „Przeglądzie lekarskim" Nr. 7. rzecz p. t. „Uwagi o przepisach prawnych dotyczą-

(Warszawa), prof. Sieradzki (Lwów) i Dr. Szarf (Poznań). Po przeprowadzonej wyczerpującej dyskusji na plenum i w Komisji, Zjazd w sprawie, jak ma brzmieć przepis prawa, określający warunki niepoczytalności, powziął jednomyślnie uchwałę następującą:

»Nie podlega karze, kto w czasie spełnienia przestępstwa, wskutek chorobowego zaburzenia czynności psychicznych (resp. chorobliwego rozstroju psychicznego), niedorozwoju psychicznego lub zamroczenia świadomości nie mógł rozpoznać znaczenia dokonywanego czynu lub działać zgodnie z tem rozpoznaniem«

Jak widać z zestawienia dwu uchwał oba ciała: Komisja kodyfikacyjna i Zjazd psychiatryczny stanęły na tem samem stanowisku i przyjęły tę samą metodę postępowania przy określaniu warunków niepoczytalności. Oba zatrzymały się na t. zw. metodzie mieszanej, psychjatryczno-psychologicznej. Metoda ta, w przeciwieństwie do jednostronnych metod, psychjatrycznej lub psychologicznej, wprowadza do przepisowej formuły oba momenty: psychjatryczny i psychologiczny; źródła niepoczytalności ujmuje w terminach psychjatrycznych, cechy niepoczytalności w terminach psychologicznych. Formuła sama składa się z dwóch członów: psychjatrycznego i psychologicznego, przyczem pierwszy należy do psychjatrów i zadanie jego sformułowania powinno do nich należeć, człon drugi należy do prawników i przez nich powinien być formułowany. Uzgodnienie obu, ustalenie w jednowewnętrznie zwarte ujęcie, powinno należeć do przedstawicieli obu dziedzin wiedzy.

Obowiązek spadający na psychjatrów dostarczenia formuły psychjatrycznego członu przepisu prawa skłania mnie do ponownego podjęcia obrony stanowiska, zajętego na posiedzeniu Sekcji prawa karnego Komisji kodyfikacyjnej w dniu 10. maja 1921, obrony tym razem tem łatwiejszej, że przychodzi mi być rzecznikiem nietylko poglądów własnych, lecz ogólnej psychjatrycznej myśli polskiej, wyrażonej w uchwale Zjazdu.

Sekcja prawa karnego powzięła uchwałę określającą samą tylko zasadę, na której przepis prawa o niepoczytalności ma być zbudowany, na następnem posiedzeniu, na którem ma być ustalony tekst kodeksowego przepisu, rozprawa nad nim będzie ponownie podjęta i trzeba mieć nadzieję, że brzmienie przepisu w części psychjatrycznej będzie ustalone w formie uchwalonej jednomyślnie przez Zjazd psychjatrów polskich.

Różnica pomiędzy formułą zaprojektowaną przez Sekcję prawa karnego Komisji kodyfikacyjnej i uchwaloną przez Zjazd psychjatryczny polega na tem, że Komisja wprowadza do psychjatrycznego członu przepisowej formuły obok pojęcia zaburzenia czynności psychicznych, pojęcie choroby psychicznej, którą formuła Zjazdowa pomija, natomiast Komisja pomija pojęcie »niedorozwój psychiczny« i »zamroczenie świadomości«, które zawiera formuła zjazdowa. Różnice pozostałe obecnie pomijam, żeby nie rozpraszać uwagi czytelnika. Są one zresztą poza psychjatrycznej natury i mogą być pozostawione za nawłasem obecnego opracowania.

»Chorobę psychiczną« utrzymują zwykle formuły zbudowane wyłącznie metodą psychjatryczną i to, najczęściej w zaostrzonej postaci przez dodanie do pojęcia »choroba psychiczna« przymiotnika »ciężki«, bo wtedy tylko staje się choroba psychiczna sama w sobie źródłem niepoczytalności. Nie każda choroba psychiczna powoduje niepoczytalność. Są postacie, a raczej stopnie napięcia chorób psychicznych, które zarówno w rozumieniu prawników, jak psychjatrów, nie powodują niepoczytalności. Czynienie chorych tego rodzaju z założenia niepoczytalnymi byłoby nawet pewnem ich pokrzywdzeniem. Nieodpowiedzialność za swe czyny jest pewnem uszczupleniem pełni człowieczeństwa i byłoby niesłusznem łączenie go z każdym faktem zachorowania na chorobę psychiczną. Przeczyłoby to zresztą faktom. Słabsze postacie psychozy manjakolno-depresyjnej, a nawet otępienia wczesnego, mogą w pewnych razach, ściślej w pewnych okresach, niepoczytalności nie powodować. Można wobec nich, i to niezawsze, mieć wątpliwości, czy nie zachodzi w tych razach poczytalność zmniejszona, lecz niepoczytalność całkowitą można i należy w tych przypadkach wyłączyć.

Formuły psychjatryczno-psychologiczne włączają pojęcie »choroba psychiczna« w pojęcie szersze »rozstrój psychiczny« lub »zaburzenia czynności psychicznych«, wychodząc z założenia, że wobec ograniczeń, jakie przy posługiwaniu się tą metodą na psychjatryczną rozciągłość powodów niepoczytalności nakładają cechy jej zawarte w członie psychologicznym przepisowej formuły, należy powodom psychjatrycznym nadawać charakter możliwie szeroki i rozlewny.

Pojęcia »rozstrój psychiczny« lub »zaburzenie czynności psychicznych« są szersze i dlatego należy dać im pierwszeństwo przed pojęciem węższem, jakiem jest pojęcie »choroba psychiczna». Umieszczania obu pojęć obok siebie, jak dzieje się to w formule zaprojektowanej przez Sekcję, należy unikać, ponieważ w tem zestawieniu »choroba psychiczna« staje się niepotrzebnym, nic nie mówiącym, nic nie określającym dodatkiem do pojęcia »rozstrój psychiczny« lub »zaburzenie czynności psychicznych«, i bez uszczerbku dla treści może być z formuły usunięte. Oto główne powody, dlaczego, stanąwszy na stanowisku posługiwania się w ocenie niepoczytalności formułą mięszaną, psychjatryczno-psychologiczną, usuwamy z jej psychjatrycznego członu pojęcie choroby psychicznej, a utrzymujemy »rozstrój psychiczny« lub »zaburzenie czynności psychicznych», jako obejmujące i pojęcie choroby psychicznej w psychjatrycznem i ogólnem rozumieniu tych pojęć.

»Choroba psychiczna« sama w sobie bez uzupełnienia jej przez pojęcie »rozstrój psychiczny« lub »zaburzenie czynności psychicznych« nie byłaby wystarczająca, szczególnie dla prawników. Wystarczyłaby może nam, psychjatrom, lecz nasz punkt widzenia jest inny i nie możemy narzucać go prawnikom, a to tembardziej, że nie my, a oni, będą przepis prawa stosowali. Dla psychjatry każde źródło niepoczytalności jest samo w sobie chorobą psychiczną. Wszak dla nas nie jest czem innem nawet zwykłe upicie się. Psychjatrycznie jest to choroba psychiczna o znanej etjologji, łatwej djagnozie

---

cych kwestji niepoczytalności, zmniejszonej poczytalności, okoliczności łagodzących i środków zabezpieczających", w której podjął obronę stanowiska zajętego przez Sekcję prawa karnego Komisji kodyfikacyjnej przeciwko uchwale Zjazdu. Prof. Piltz zwalcza troistą formułę zjazdową (rozstrój psychiczny, niedorozwój psychiczny i zamroczenie świadomości), przeciwstawia jej formułę dwoistą (choroba psychiczna i inne zakłócenia czynności psychicznych), przyczem robi mi ten niezasłużony zaszczyt, że przypisuje mi autorstwo troistej formuły. Na posiedzeniu Sekcji broniłem tej formuły, bo jest ona zgodna z moim na sprawę poglądem, lecz bynajmniej twórcą jej nie jestem. W ten sposób formułują psychjatryczny człon kodeksowego przepisu o niepoczytalności obie *leges ferendae* austrjacka i niemiecka. Szwajcarska formuła jest odmienna, lecz tam inna metoda jest zastosowana, tam niepoczytalność jest określona metodą psychjatryczną, cechy psychologiczne nie są wcale w formule szwajcarskiej uwzględnione. Do tej samej troistej formuły dochodzi prof. Bumke w swej bardzo cennej „Psychiatrji sądowej". Najnowszy projekt niemiecki w 1919|1920 daje taką samą troistą formułę niepoczytalności i tylko „zamroczenie świadomości" (Bewusstseintrübung) zmienia na „zaburzenie świadomości" (Bewusstseinstörung).

Odparcie merytorycznych zarzutów, wysuniętych przez prof. Piltza przeciwko uchwale Zjazdowej, zamieszczam w tekście

W tem miejscu chciałbym tylko wyświetlić pewną niejasność wyrażeń, która wywołać może nieporozumienie. Prof. Piltz przytacza, jakobym na posiedzeniu Komisji miał powiedzieć: „że poczytalność może być wykluczona z powodu zaburzeń psychicznych i z innych powodów". Jeżeli wyraziłem się w ten sposób, to oczywiście miałem na myśli pod innemi powodami niedorozwój psychiczny i zamroczenie świadomości, których umieszczenie obok zaburzeń czynności psychicznych w przepisowej formule prawa o niepoczytalności z motywów, które podaję w tekście, uważam za konieczne.

Innych powodów niepoczytalności poza psychiatrycznemi niema, a przynajmniej ja ich nie znam. Gorączka, otrucie i t. p. wtedy tylko stają się powodami niepoczytalności, jeżeli sprowadzają zaburzenia czynności psychicznych, odpowiadające warunkom psychologicznego członu kodeksowego przepisu. Same w sobie powodem niepoczytalności nie są. Jest to punkt widzenia przyjęty powszechnie przez psychjatrów, podzielany nawet przez pewne kierunki prawnicze. Stoi na nim n. p. prof. Tagancew w komentarzach do kodeksu karnego rosyjskiego z r. 1903. Na tej podstawie opiera się metoda psychjatryczna oceny niepoczytalności, a także i metoda psychjatryczno-psychologiczna, przyjęta przez Komisję i Zjazd.

i dobrej prognozie, lecz trudno wymagać, ażeby niepsychjatrzy ten pogląd podzielili. Przepisy prawa powinny być redagowane z uwzględnieniem ogólnego rozumienia terminów, nie mogą posiadać treści zrozumiałej dla samych tylko psychjatrów, a nawet dla samych tylko prawników. Treść ich powinna być jasna dla każdego, bo każdego przepisy prawa obowiązują i trzeba każdemu zrozumienie przepisu umożliwić.

Z tych również względów nastawać muszą psychjatrzy, ażeby psychjatryczny człon formuły, obok pojęć powyższych »rozstrój psychiczny« lub »zaburzenie czynności psychicznych«, zawierał także pojęcie »niedorozwój psychiczny« i »zamroczenie świadomości«, opuszczone w projekcie Komisji, a wysunięte w redakcji Zjazdowej. Rozumienie powszechne nie przypisuje tym pojęciom charakteru rozstroju psychicznego, czy zaburzenia czynności psychicznych. Trudno przekonać niepsychjatrów, że głuptactwo jest to postać rozstroju psychicznego czy zaburzenia czynności psychicznych, że jest nią również odurzenie alkoholowe, czy zamroczenie padaczkowe, i że stany te w stosunku do poczytalności stoją na równym poziomie, co bezwład postępujący lub splątanie. Trzeba dla tych stanów wyznaczyć wyraźne miejsca w przepisie prawa, inaczej biegły będzie miał poważne trudności, jeżeli będzie próbował w sądzie podciągnąć je pod pojęcie »rozstrój psychiczny« czy »zaburzenie czynności psychicznych«. »Zamroczenie świadomości« musi być dlatego w przepisie prawa oddzielnie umieszczone, niezależnie od »rozstroju psychicznego«, czy »zaburzenia czynności psychicznych«.

Z tych względów znajdujemy pojęcie »zamroczenie świadomości« w obu leges ferendae austrjackiej i dawnej niemieckiej, czy »zaburzenie świadomości«, jak proponuje nowa *lex ferenda* niemiecka, wszystkie trzy, oparte na zasadzie metody mieszanej, oraz w *lex ferenda* szwajcarskiej, opartej na zasadzie wyłącznie psychjatrycznej. W każdej znajdujemy uwzględnienie potrzeby wprowadzenia do formuły przepisowej pojęcia zamroczenia czy zaburzenia świadomości, niezależnie od istniejących w nich pozostałych pojęć psychjatrycznych.

Podobnie wszędzie znajdujemy wprowadzone jako trzeci składnik psychjatrycznego człona przepisowej formuły pojęcie upośledzonej sprawności psychicznej w tem czy innem ujęciu. Proponowana przez uchwałę zjazdową forma »niedorozwój psychiczny« wydaje się najodpowiedniejsza. Jak zaznaczono powyżej, każda część składowa psychjatrycznego członu powinna być ujęta w ten sposób, ażeby objęła wszystkie odcienie stanów psychicznych, należące do pewnej psychjatrycznej kategorji, oraz ażeby sformułowana była w ten sposób, ażeby terminy w sformułowaniu użyte były powszechnie zrozumiałe, dla każdego dostępne, a jednocześnie były zgodne z wymaganiami nauki, a przynajmniej z niemi nie sprzeczne. Ze względu na rozumienie powszechne lepiej nadawałby się termin »niedorozwój umysłowy«; nie objąłby jednakże całej pełni spraw, o które chodzi w tem miejscu przepisu prawa. Moral insanity, postać niedorozwoju, niedorozwój moralny, który w pewnych wypadkach może stać się powodem sądowo-psychjatrycznej oceny, powinien być uwzględniony w przepisowej formule. Ograniczenia przeciwko zbyt szerokiemu traktowaniu go, jako źródłu niepoczytalności, znajdą się zawsze w drugim członie, w członie psychologicznym kodeksowego przepisu. Nie można jednakże przejść nad nim całkowicie do porządku i zupełnie nie brać pod uwagę przy układaniu kodeksu. Musi być dla »niedorozwoju moralnego« miejsce w psychjatrycznym członie przepisu, pojęcie »niedorozwój psychiczny« obejmuje go całkowicie w sposób zupełnie wyraźny, pojęcie »niedorozwój umysłowy« nastręczałby wątpliwości. W pewnych przypadkach, kiedy dla psychjatry moral insanity, jako źródło niepoczytalności, jest wyraźne, upośledzenie umysłowe, intelektualne może być nieznaczne, dla sądu niedostatecznie dostrzegalne i psychjatra musi kłaść wtedy nacisk na przytępienie źródeł uczuciowych wyższego porządku, wskazywać je jako przyczynę niepoczytalności i musi mieć możność po temu. Zastąpienie terminu „umysłowy" przez termin »psychiczny«, to umożliwi, nie ograniczy w niczem treści samego przepisu, który w tej formie objąć może i obejmuje wszystkie szczeble niedorozwoju umysłowego od najcięższego idjotyzmu do najsłabszej postaci głuptactwa, a jednocześnie zawiera także pojęcie »niedorozwój moralny«. Że »niedorozwój psychiczny« w rozumieniu powszechnem nie mieści się w pojęciu »rozstrój psychiczny« czy »zaburzenie czynności psychicznych« jest oczywiste, nie mieści się nawet w tem rozumieniu w pojęciu »choroba psychiczna«. Jeżeli zatem człon psychjatryczny ma, w myśl przyjętej metody psychjatryczno-psychologicznej, objąć całą pełnię źródeł niepoczytalności, wyrażać ją przytem w terminach ogólnie przyjętych i powszechnie zrozumiałych, niepodobna opuścić w nim pojęcia »niedorozwój psychiczny« bez poważnego uszczerbku dla treści przepisu.

Wydaje się zatem, że wszystko, co można było przytoczyć przeciwko przyjętemu przez Zjazd psychjatryczny sformułowaniu członu psychjatrycznego kodeksowego przepisu, określającego warunki niepoczytalności, zostało podjęte i rozważone. A w wyniku należy dojść do wniosku, że praca Zjazdu w dobrym szła kierunku i powzięta uchwała odpowiada wymaganiom nauki i życia.

Psychjatrja polska spełniła swój obowiązek względem przyszłej naszej *lex ferenda*. Przemyślała i opracowała gruntownie warunki niepoczytalności w tej ich części, która dotyczy psychjatrów. Trzeba mieć nadzieję, że praca ta znajdzie należyte uwzględnienie u twórców przyszłego kodeksu polskiego, a w pierwszym rzędzie w łonie Sekcji Prawa Karnego Komisji Kodyfikacyjnej, która wkłada tyle trudu i wysiłku, ażeby przyszły nasz kodeks postawić na wysokim poziomie kultury i nauki współczesnej.

Dr. Ozjasz Rappaport. Synowódźko Wyżne.

W sprawie zwalczania chorób zakaźnych.

Koledze Drowi N. Milgromowi należy się uznanie za podniesienie sprawy zwalczania chorób zakaźnych, gdyż jest ona bardzo ważną nietylko ze względu na chorych, ale także dla dobra całego społeczeństwa i kraju, zwłaszcza u nas, gdzie choroby zakaźne prawie nigdy nie wygasają, a w szczególności tyczy się to duru osutkowego Dr. Milgrom podniósł jednakowoż z całego szeregu zadań i obowiązków, tyczących się zwalczania chorób zakaźnych, jeden tylko sporny szczegół, tj. przewożenie chorych zakaźnych do szpitali epidemicznych Stwierdzam, że mamy dużo rozporządzeń i okólników, tyczących się zwalczania chorób zakaźnych, lecz wszystko to nie obejmuje całości i nie podaje skutecznego sposobu, któryby z pożytkiem dla chorych i społeczeństwa przyczynił się do stłumienia epidemij. Dlatego też widzimy rozbieżność sposobu zwalczania chorób zakaźnych w rozmaitych miejscowościach i powiatach. W jednym powiecie zamykają władze sanitarne gminę nawiedzoną chorobą zakaźną i wysyłają lekarza epidemicznego raz w tygodniu celem zarządzenia środków leczniczych i ochronnych, w innym powiecie wysyła się stałego lekarza do gminy zakażonej na czas trwania epidemji, często z dodatkiem policji państwowej, celem dopilnowania i wykonywania zarządzonych poleceń, w innym znowu powiecie wywozi się chorych zakaźnych do okolicznego szpitala epidemicznego, a w innym wreszcie zarządza się ustanowienie doraźnego szpitalika epidemicznego w opróżnionej szkole lub Urzędzie gminnym tejże miejscowości, nawiedzonej epidemją.

Są zatem 3 główne, podstawowe sposoby zwalczania epidemij, a to I) pozostawianie chorych w domu z tygodniowym lub najwięcej dwurazowym dojazdem w tygodniu lekarza do gminy nawiedzonej epidemją, 2) wywiezienie chorych do okolicznego szpitala epidemicznego i 3) ustanowienie doraźnego szpitalika epidemicznego w gminie na czas trwania epidemji. Pierwszy z tych sposobów jest najnieracjonalniejszy i zupełnie bezskuteczny, jest, otwarcie powiedziawszy, marnowaniem grosza publicznego wydanego na dojazdy lekarskie i wydane przez niego leki, bo lekarz wprawdzie wyda potrzebne zarządzenia ochronne, jednakowoż po jego wyjeździe ani wójt ani nikt inny w gminie się o to nie troszczy; zdrowi i krewni, mimo zakazu i mimo nalepionych kartek ostrzegawczych na domu zakaźnie chorego, odwiedzają go, a rodzina i otoczenie chorego prowadzą dotychczasowy tryb życia, wydalając się z domu i stykając się z obcymi. Przepisanych leków, chociaż stanowią one ogromny wydatek dla Skarbu Państwa, chorzy po większej części nie używają, gdyż z długoletniego doświadczenia wiem, że chorzy nie mają do nich zaufania, jako zapisanych przez lekarza epidemicznego lub fizyka, i często można stwierdzić przy następnym dojeździe, że są zupełnie nietknięte, ukryte w szafie lub skrzyni, co się odkrywa przy sposobności przeprowadzenia odkażania. Przy tym sposobie zwalczania epidemij nie zdziałamy za tem niczego skutecznego, epidemja szerzy się dalej, mimo wydanych zarządzeń sanitarnych i przedkładanych tygodniowych raportów lekarskich, a epidemja wygasa sama.

Racjonalniejszy jest już drugi sposób zwalczania epidemji przez wywiezienie chorych do okolicznego szpitala epidemicznego, gdyż przez to usuwamy główne ogniska zakażenia, prowadzące

do szerzenia się epidemji. Jednakowoż i ten sposób ma swoje strony ujemne. Po pierwsze przewożenie ciężko chorych na chłopskich wozach na przestrzeni kilkunastu lub kilkudziesięciu kilometrów w porze zimowej lub deszczowej połączone jest z ogromnemi dolegliwościami, a nieraz nawet z uszczerbkiem zdrowia dla chorych, powtóre, takie przewożenie chorych przyczynia się często nie do stłumienia, lecz przeciwnie do szerzenia się epidemji, gdy weźmiemy pod uwagę, że taki przewóz zatrzymuje się zwykle koło jakiejś karczmy, lub, przejeżdżając przez obcą wieś, celem wypoczynku i popasu koni, a wówczas wiozący wraz z chorym wchodzą do chaty celem zagrzania i pokrzepienia się, przez co mogą stworzyć nowe ognisko epidemji w innej gminie. Oczywiście woźnica, przewożący chorych, narażony jest na zakażenie, jest on bowiem w ciągłej styczności z zawszawionemi kożuchami i łachami, ułożonemi na wozie, celem okrycia chorego. Nie pomoże w tym wypadku konwojowanie chorego pod nadzorem policjanta, gminnego lub jakiegoś innego posłańca, bo ci, podobnie jak i woźnica, często nie wierzą w zakażenie się przez wszy. Po wyjeździe z zakażonej gminy, zmęczeni, uszedłszy kilka kilometrów, siadają na wóz chorego mimo ostrego zakazu. Dalszą stroną ujemną przy tym sposobie zwalczania epidemji jest ta okoliczność, że chorzy ociągają się od wywiezienia ich z domu do daleko położonych szpitali epidemicznych, i aby temu zapobiedz, ukrywają się po strychach lub na stogach siana. Zdarza się wreszcie często, że po wywiezieniu chorego i nawet po przeprowadzeniu odkażenia zachoruje w krótkim czasie inny członek rodziny tegoż chorego, zatem znowu wywożenie i znowu odkażanie tego samego domu, i tak się możemy kilka razy obrócić w tem błędnem kole.

Najodpowiedniejszym i najskuteczniejszym jest trzeci sposób zwalczania chorób zakaźnych przez ustanowienie szpitali epidemicznych w gminach zakażonych, i to pod tym tylko warunkiem, jeżeli wraz z chorym zakaźnym zabierze się do szpitala epidemicznego całą rodzinę chorego celem przeprowadzenia dokładnego odkażenia ich i obserwacji przez 14 dni. Przez ten czas można przeprowadzić dokładne odkażenie opróżnionej chaty.

Rozumie się, że zakładany szpital epidemiczny musi mieć kilka budynków, a przynajmniej dom dla chorych, dom dla odosobnionych jeszcze nieodkażonych, dom dla odosobnionych już oczyszczonych i dom dla personalu szpitalnego oraz administracji szpitalnej. Szpital taki musi być zaopatrzony w łaźnię, aparat do odkażania, odpowiednią służbę i aprowizację.

Nie wchodzę tu w dokładny opis urządzenia takiego szpitala, ale każdy pojmie, że na to potrzeba przedewszystkiem pieniędzy i to dużo pieniędzy. Te jednakowoż pieniądze nie byłyby rzucone na marne i przyniosłyby istotny pożytek Krajowi i Państwu, gdyż przez systematyczne zwalczanie epidemji w ten sposób położylibyśmy wreszcie kres temu niewygasającemu u nas nieszczęściu, a pochłaniającemu tysiące ofiar.

Moloch wojny światowej, który pożarł miljony ofiar ludzkich i miljardy w pieniądzach był również przyczyną szerzenia się epidemij, jak cholery, duru osutkowego i ospy; jednakowoż wojskowe władze sanitarne nie szczędziły pieniędzy na racjonalne ich zwalczanie. Jako naoczny świadek i współpracownik przy zwalczaniu rozległych epidemij cholery i duru osutkowego po wyparciu Rosjan ze wschodniej Małopolski, mogę stwierdzić, że stłumiono je w krótkim przeciągu czasu, a to przez wybudowanie i urządzenie szpitali epidemicznych już to przez wybudowanie nowych, odpowiednich baraków, już też przez sprowadzenie doskonałych pod tym względem, gotowych, tak zwanych baraków Dekerta, lub wreszcie przez zarekwirowanie kilku opróżnionych chat w gminie zakażonej, dokądby zabierano nietylko chorych, ale całe ich otoczenie celem 14-dniowego spostrzegania i należytego odkażenia.

Nie szczędząc zatem wydatków pieniężnych, powinno się tembardziej w czasie pokoju w opisany sposób zwalczać choroby zakaźne, a skutek będzie niezawodny.

Sprawy zawodowe.

Związek lekarzy rządowych w Państwie Polskiem. Oddział Lwowski.

Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie odbyło się w dniu 26. marca br. przy współudziale 24 członków i gości z oddziałów: krakowskiego (1), stanisławowskiego (1) i tarnopolskiego (2) z następującym porządkiem dziennym:

1. Sprawozdanie delegacji na Zjazd lekarzy rządowych, który się odbył w Poznaniu w dniach 30 i 31 października i 1 listopada 1921 [1]), poczem odczytano relację Prezydjum Związku państwowego o przebiegu audjencji, udzielonej przez Ministra Zdrowia publ. deputacji, która wręczyła memorjał opracowany na podstawie uchwał Zjazdu poznańskiego, nadto (umieszczone w Nr. 6-tym „Polskiej Gazety Lek") sprawozdanie z konferencji, odbytej w Ministerstwie zdrowia publ. w dniu 15 stycznia 1922 w sprawie ustalenia zasad organizacji państwowej służby zdrowia.

2. Zaproszony przez Prezydjum prof Gröer wygłosił piękny wykład na temat „Ogólne zasady opieki nad dzieckiem ze stanowiska lekarskiego", którego obecni wysłuchali z wielkiem zajęciem.

3. Kol. Stangenhaus odczytał wyczerpujący referat o pracy biurowej lekarzy powiatowych, przedkładając cały szereg wniosków, poczem rozwinęła się ożywiona dyskusja.

4. Omówiono sprawę organizacji walki z gruźlicą w powiatach.

5. Zastanawiano się nad przeprowadzeniem organizacji pomocy lekarskiej dla funkcjonarjuszów państwowych.

6. Przeprowadzono dyskusję informacyjną w sprawie szczepień szczepionką Tetra, zarządzonych przez Naczelny Nadzw. Komisarjat do spraw walki z epidemjami.

Obrady trwały od g. 9 rano do późnego wieczora z krótką przerwą obiadową, a uczestnicy rozjechali się z poczuciem dobrze spełnionego obowiązku obywatelskiego i koleżeńskiego. Wydział Oddziału Lwowskiego Z. L. Rz. zajmie się wykonaniem zapadłych uchwał.

[1]) p. Polskie Czasopismo lek. Nr. 7 z r. 1921.

Związek lekarzy Małopolski

206 posiedzenie Wydziału z dnia 4 marca 1922.

Przewodniczy Dr. Cercha, sekretarz Dr Kostecki. Obecni: Prezydent Izby lekarskiej Dr. Strzemieński; członkowie Wydziału: Dr. Bannet, Dr. Grzybowski, Dr. Nartowski, Dr. Poźniak, Dr. Stahr i Dr. Żydłowicz. Przewodniczący Dr. Cercha zdaje sprawę z posiedzenia delegatów stowarzyszeń urzędniczych z delegatami Izby lekarskiej i Związku lekarzy. Delegaci lekarzy Dr. Strzemieński i Dr. Cercha oświadczyli gotowość rokowań co do uprzystępnienia pomocy lekarskiej, niezamożnym urzędnikom jedynie z organizacją urzędników Lekarze są skłonni do daleko idących ustępstw z zastrzeżeniem wolnego wyboru lekarza. Jedynie organizacja urzędników mogłaby wydawać chorym poświadczenia do lekarzy. W razie nadużyć lub przemycania zamożnych chorych ustępstwa ze strony lekarzy mają być natychmiast cofnięte Z powodu nieobecności sprawozdawcy organizacji urzędników obrady miały cechę poufnego porozumienia się; rzeczowych uchwał nie powzięto.

Dr. Żydłowicz odczytuje pismo do lekarzy w Małopolsce, którzy nie należą dotychczas do Związku. Ma się ono pojawić w „Polskiej Gazecie lekarskiej", lub jako osobna odbitka.

Dr. Stahr przedstawia zatarg Dra Joachima Fraenkla z Tarnowa z tamtejszą now. Kasą chorych, która lekarzowi temu wypowiedziała posadę, pomimo jego 15-letniej wzorowej służby. Uchwalono zwrócić się się do przewodniczącego tarnowskiego Koła Związku Lekarzy Małopolski, Dra Jana Zbiegniewicza, aby w Imieniu Związku zażądał od referenta Kas chorych tamże powołania do życia Komisji Pojednawczej do dni czternastu (w myśl § 84 z 19 V. 1920 ust. o ubezp. społecz.) i oświadczył, że, jeżeli Komisja ta nie zostanie zwołaną celem rozstrzygnięcia zatargu, Związek zawiesi bojkot nad powiatową Kasą chorych w Tarnowie.

Wśród 400 członków Kasy pogrzebowej Związku znajduje się jeszcze 17 członków, którzy nie są członkami Związku. Są to ci członkowie dawnej Samopomocy lekarzy Galicji, Śląska i Bukowiny, którzy w swoim czasie z powodu chwilowego rozbicia się Związku lekarzy Galicji i W. Ks Krak. nie przystąpili do niego a którym zezwolono na należenie do Kasy pogrzebowej w celu jej podtrzymania Uchwalono wezwać tych 17 kolegów do przystąpienia do Związku lekarzy Małopolski, w przeciwnym razie wykreślić ich z listy członków Kasy pogrzebowej.

Uchwalono wezwać kilkunastu członków Związku i Kasy pogrzebowej do zapłacenia wkładek, z któremi notorycznie zalegają od szeregu lat; w razie niezapłacenia do 8 dni od chwili uwiadomienia odstąpić ściągnięcie wkładek syndykowi Związku na drodze cywilnej.

Dr. *Kostecki*, sekretarz. Dr. *Cercha*, przewodniczący.

† Śp. Dr. Stanisław Jasieńczyk Jabłoński.

Dnia 29 marca br. miasto Rrzeszów żegnało na zawsze, po raz ostatni, jednego ze swych obywateli nie przeciętnej miary, postaci bardzo wybitnej, śp. Dra Jabłońskiego, człowieka, który przeszło od lat 40 żył się z tem miastem.

Śp. Dr. Jabłoński, urodzony w r. 1852 w Baryczce pod Rzeszowem, ukończył studja gimnazjalne w I. gimn. w Rzeszowie, fakultet medyczny zaś na uniwersytecie krakowskim, poczem w r. 1874 osiadł w rodzinnem mieście, Rzeszowie Przez długie lata był dyrektorem szpitala powsz. w temże mieście, jakoteż przez szereg lat burmistrzem i równocześnie posłem na Sejm Krajowy we Lwowie. Jako lekarz cieszył się ogólną sympatją i ogromnie rozległą praktyką, jako burmistrz przyczynił się do znacznego rozwoju miasta, głównie przez przyłączenie sąsiednich przysiółków, przez wybudowanie szeregu szkół i zaprowadzenie oświetl nia gazowego i elektrycznego, z powodu czego Rzeszów stał się jednym z większych miast Polski To też w nagrodę zasług względem tego miasta po 25-letniej zasłużonej pracy na placówce burmistrza otrzymał dyplom honorowy obywatelstwa m. Rzeszowa. W życiu społecznem i towarzyskiem nie było placówki, na, którejby śp. Dr. Jabłoński nie pracował. Zrezygnowawszy z burmistrzowstwa objął dyrekturę Kasy Oszczędności, w której do końca życia był czynny. Przed kilku miesiącami usunął się w zacisze życia domowego, gdzie niebawem śmierć położyła koniec życia zasłużonego obywatela-patrjoty.

Postać wybitna, nieprzeciętna, na długo pozostanie w pamięci Rzeszowa.

Cześć Jego pamięci!

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Ze Zjazdu Zdrojowisk i Uzdrowisk polskich. Z inicjatywy Tow. właścicieli realności lekarzy i przemysłowców w Krynicy odbył się w Krakowie Zjazd polskich Zdrojowisk i Uzdrowisk w dniach 10 i 11 marca b. r. Ze zdrojowisk jawili się delegaci: Nałęczowa, Ciechocinka. Rabki, Szczawnicy, Iwonicza, Rymanowa, Krynicy, z uzdrowisk: Zakopanego, Worochty i Jaremcza Rząd przedstawiali wysłannicy Min. Robót Publ, Min. kolei, i Wojew. krakowskiego. Sejm przedstawiał Dr. Rottermund. Brakło reprezentantów Min. Zdrowia Publ. Instytucje społeczne zastępowali: Wydział Tow. balneologicznego w Krakowie i 5 delegatów polskiego Związku Zdrojowisk i Uzdrowisk we Lwowie Wygłoszono 7 referatów, a mianowicie:

1. Ustawa zdrojowa (p. Ziembiński, Ciechocinek).
2. Ochrona lokatorów, a zdrojowiska (Dr. Westreich, Lwów).
3. Odbudowa wojną zniszczonych zdrojowisk i uzdrowisk i pomoc Rządu Dr. J. Zakrzewski Lwów).
4. Komunikacja kolejowa i drogowa do Zdrojowisk i Uzdrowisk (Dr. Lewicki, Lwów).
5. Stosunek prasy do zdrojownictwa (p. Szczerbiński, Kraków).
6. Unormowanie cen mieszkań i pensjonatów (Dr. Westreich, Lwów).
7. Sprawa utworzenia Izb Zdrojowych (Dr. Łobaczewski, Lwów).

Po wyczerpaniu szczegółowej dyskusji uchwalono wystosować odpowiednie memorjały do Min. Skarbu i Min. kolei w sprawie budowy nowych połączeń komunikacyjnych, uwzględniających potrzeby zdrojownictwa w Państwie, założenie Banku zdrojowego, Izby zdrojowej, która powinna wchłonąć wszystkie obecne zrzeszenia, pracujące na polu zdrojownictwa i w. i. Wykonanie uchwał poruczono w części Tow. balneologicznemu w Krakowie, w części polskiemu Związkowi zdrojowisk i uzdrowisk we Lwowie *J. Z.*

Lwów.

Ostrzeżenie. Koledzy, mający zamiar osiedlić się w Sokołowie koło Rzeszowa, względnie starać się o posadę lekarza miejskiego, zechcą we własnym interesie przed poczynieniem jakichkolwiek starań w tym kierunku, porozumieć się z Zarządem Związku okręgowego lekarzy P. P. lub z Izbą lekarską we Lwowie (Lindego L. 5). Ze Związku okręgowego lekarzy Państwa Polskiego, we Lwowie.

Prezydent Dr. *Papée* m. p.

Lwowskie Towarzystwo higjeniczne, które z powodu wypadków wojennych zawiesiło czasowo swoje czynności, podjęło działalność z rokiem bieżącym. Pragnąc wypełnić zadanie organizacji, której głównym celem jest rozpowszechnianie zasad higjeny wśród najszerszych warstw społeczeństwa, chcąc w zmienionych warunkach politycznych, społecznych i ekonomicznych spełnić należycie rolę czynnika obywatelskiego współdziałającego z własnym Rządem i Państwem w uzdrowotnieniu kraju, odzywa się Wydział Towarzystwa higjenicznego do P. T. Inżynierów, Nauczycielstwa, Świata lekarskiego i wszystkich ludzi dobrej woli, a w myśl hasła, że największem bogactwem kraju jest zdrowie jego mieszkańców, zaprasza do wpisywania się w poczet członków Towarzystwa higjenicznego.

Wpisy przyjmują: Przewodniczący Dr. Jan Opieński laboratorjum chem. lekarskie, Senatorska 5, i skarbnik Towarzystwa Dr. Maksymiljan Mosler, Wojewódzki Wydział Zdrowia ul Karmelicka 4. Wkładka członka wynosi 50 Mk. miesięcznie, z prenumeratą zaś miesięcznika „Zdrowie“ 100 Mk. miesięcznie. Wpisowe: 100 Mk. *Dr. Jan Opieński*, przewodniczący. *Dr. Leon Krzemicki*, sekretarz. *Dr. Maksymilian Mosler*, skarbnik.

Z różnych stron.

Rodak nasz, lekarz, zamieszkały od dłuższego czasu w Paryżu, Dr. W. Bugiel, wydał niedawno w Paryżu nakładem Bossarda rzecz p. t. „*La Pologne et les Polonais*“. str. 390, w małej 8-ce. Cena 9 fr. Książka napisana z doskonałem zrozumieniem potrzeb publiczności francuskiej, żywo i barwnie, obejmuje geografję, historję, literaturę, sztuki piękne, stosunki społeczne i ekonomiczne. Całość jest bardzo na czasie. *Sz.*

Wyludnienie Rosji przechodzi znacznie śmiałe nawet przypuszczenia, jak dowodzą wyniki spisu ludności z r. 1920 Zwłaszcza niektóre miasta opustoszały przerażająco w porównaniu z r. 1913. I tak np w Moskwie ludność spadła z 1,817.000 na 1,028.06?, w Piotrogrodzie z 2,319.000 na 706.000! Podobne liczby dotyczą także miast mniejszych. (Presse méd Nr. 21. z 15. III. 1922.)

Zmarli.

Dr. Stanisław Jabłoński, honorowy obywatel i długoletni burmistrz m. Rzeszowa, b. poseł na Sejm galicyjski, w którym był przez szereg lat czynny w sprawach szpitalnictwa, były wiceprezes Rady powiatowej i były dyrektor szpitala w Rzeszowie, w 70 roku życia

Chorobliwość i śmiertelność z chorób zakaźnych w Państwie za czas od 1 do 28 stycznia 1922 r.

Zestawił Dr. A. Zakrzewski.

Województwo		Ospa	Dur brzuszny	Dur osutk.	Dur powrotny	Czerwonka	Płonica	Błonica	Zimnica	Gruźlica	Grypa	Nagminne zapalenie opon
Warszawa miasto	ch.	2 (1)	44 (9)	194 (32)	59 (3)	8 (2)	101 (16)	20 (6)	—	62 (141)	5 (6)	1 (1)
	ż.	2 (0)	12 (4)	61 (3)	13 (0)	—	10 (4)	11 (5)	—	14 (18)	2 (0)	2 (3)
Białostockie	ch.	7 (0)	181 (19)	1322 (257)	1852 (102)	29 (18)	93 (11)	41 (0)	10 (1)	4 (13)	364 (11)	—
	ż.	1 (0)	33 (0)	184 (18)	452 (36)	—	23 (1)	8 (0)	—	0 (6)	144 (0)	—
Kieleckie	ch.	38 (5)	180 (7)	149 (13)	14 (0)	2 (0)	62 (6)	5 (0	3 (0)	4 (8)	115 (5)	1 (0)
	ż.	3 (0)	22 (1)	20 (0)	2 (0)	2 (0)	5 (0)	1 (0)	—	—	22 (0)	—
Krakowskie	ch.	6 (2)	157 (27)	120 (25)	3 (1)	16 (6)	101 (14)	10 (1)	—	2 (56)	58 (5)	2 (1)
	ż.	—	7 (1)	17 (0)	—	—	15 (2)	—	—	0 (5)	—	—
Lubelskie	ch.	8 (2)	130 (4)	640 (26)	679 (45)	4 (0)	33 (13)	19 (0)	1 (0)	24 (6)	99 (0)	2 (0)
	ż.	1 (0)	13 (1)	37 (0)	22 (0)	—	12 (2)	1 (0)	—	2 (1)	—	2 (0)
Lwowskie	ch.	—	161 (29)	305 (45)	86 (24)	11 (6)	418 (71)	15 (7)	—	24 (97)	126 (1)	0 (1)
	ż.	0 (2)	15 (1)	7 (2)	2 (0)	—	27 (4)	4 (1)	—	4 (14)	34 (0)	—
Łódź miasto	ch.	2 (og. 1)	34 (og. 7)	24 (og. 7)	1 (og. 0)	—	13 (og. 5)	2 (og. 5)	—	0 (96)	—	2 (og. 0)
	ż.	0	13	18	0	—	2	3	—	0 (13)	—	0
Nowogrodzkie	ch.	—	67 (4)	253 (7)	545 (30)	8 (0)	26 (0)	5 (0)	1 (0)	9 (0)	467 (21)	1 (0)
	ż.	—	5 (0)	42 (5)	53 (5)	—	3 (1)	—	—	3 (0)	186 (8)	—
Poleskie	ch.	11 (2)	204 (5)	1221 (37)	1730 (43)	118 (0)	49 (2)	33 (5)	9 (0)	25 (0)	76 (2)	3 (1)
	ż.	—	12 (0)	21 (1)	25 (0)	—	8 (0)	11 (0)	5 (0)	9 (1)	—	1 (0)
Pomorskie	ch.	Wykazów nie nadesłano.										
	ż.											
Poznańskie	ch.	Wykazów nie nadesłano.										
	ż											
Śląsk Cieszyński	ch.	1 (0)	—	—	—	3 (0)	3 (0)	3 (0)	38 (4)	—	—	—
	ż	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Stanisławowskie	ch.	41 (34)	97 (7)	207 (27)	9 (2)	11 (1)	208 (47)	9 (2)	—	0 (36)	13 (0)	2 (1)
	ż.	1 (0)	2 (0)	4 (2)	—	—	17 (2)	—	—	0 (12)	3 (0)	—
Tarnopolskie	ch.	4 (1)	47 (5)	119 (17)	2 (0)	—	140 (24)	5 (0)	—	6 (11)	15 (1)	1 (0)
	ż.	1 (0)	4 (0)	8 (3)	—	—	15 (1)	1 (0)	—	2 (5)	3 (0)	0 (1)
Warszawskie	ch.	2 (0)	147 (9)	117 (6)	14 (0)	8 (0)	76 (19)	23 (2)	—	22 (20)	276 (1)	1 (0)
	ż.	—	10 (0)	5 (0)	—	—	3 1)	—	—	4 (3)	17 (0)	—
Wołyńskie	ch.	49 (0)	525 (21)	1033 (87)	666 (32)	8 (0)	195 (6)	50 (1)	79 (0)	13 (0)	128 (0)	—
	ż.	—	36 (0)	145 (12)	147 (4)	1 (0)	30 (0)	1 (0)	2 (0)	2 (0)	1 (0)	—

Ch = chrześcijanie, ż = żydzi. Liczby w nawiasach oznaczają zmarłych. Og. = ogółem chrześcijan i żydów.